



Patiënteneducatie: tips en valkuilen in de organisatie van groepssessies



Lippens Jolin, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. J. Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven

Praktijkopleiders:

- Dr. Els Bartholomeeusen, Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt
- Dr. Edwin Vanden Broecke, GZA Sint-Jozef
- Dr. Ingrid Buytaert, GZA Sint-Jozef

Master of Family Medicine 2011-2013

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2013

DANKWOORD

Naast mijn opleiding van geneeskunde, volgde ik de academische lerarenopleiding. Hieruit groeide mijn interesse voor patiënteneducatie, hetgeen elementen bevat van beide opleidingen. Het ruwe idee voor deze masterproef ontstond tijdens mijn stage op de dienst orthopedie van het AZ Sint-Blasius in 2010. Dr. Govaers organiseerde samen met de hoofdverpleegkundige van de afdeling orthopedie groepseducatie voor patiënten die een knie- of heupoperatie zouden ondergaan. Toen ik nadien koos voor huisartsgeneeskunde vroeg ik mij af of groepseducatie ook daar een plaats heeft. Dankzij mijn promotor, Prof. Jo Goedhuys, kon ik dit zeer vage idee omzetten in een concrete vraagstelling en een plan om aan mijn masterproef te beginnen. Bedankt, Dr. Govaers en Prof. Jo Goedhuys, voor de inspiratie, het brainstormen en het geloof in mijn ruwe ideeën als onderwerp voor deze masterproef.

Daarnaast wil ik zeker Dr. Els Bartholomeeusen, mijn praktijkopleider als 8^e jaars HAIO, en Annemie Steutelings, zorgtrajectpromotor van LMN Groot Leuven, extra bedanken. Zij hebben mij in de eerste fase van mijn onderzoek op weg geholpen in de zoektocht naar deelnemers voor mijn enquête. Bedankt ook aan Dr. Edwin Vanden Broecke, mijn praktijkopleider als 9^e jaars HAIO, voor de tips inzake de juridische kant van dit onderwerp. Ook bedankt aan Dr. Ann Van Damme en Dr. Stijn Festraets, mijn stagemeeester-coördinatoren, om mij te stimuleren voor het tijdig halen van alle deadlines.

Heel erg bedankt aan alle deelnemers van de enquête. Zonder jullie was het uiteraard niet gelukt! Specifiek wil ik hier ook Erlijn Vanhove, Tom Van Opstal, Katrijn Houberechts, Marlies Lippens en Hanna Seghers bedanken om mijn enquête op proef in te vullen en nuttige tips hierover te geven.

Tenslotte een heel dikke merci aan Tom Van Opstal, mijn verloofde, Marleen Huybrechts, mijn mama, Marlies Lippens, mijn zus, en Pieter Vermeir, de vriend van mijn zus, voor het nalezen van de tekst en voor het uitfilteren van spellingfouten, overbodige informatie en bizarre zinsconstructies.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT	4
CONTEXT	5
ONDERZOEKSVRAGEN	6
METHODE	7
RESULTATEN	10
CONCLUSIES	30
REFERENTIES	35
BIJLAGEN	38

ABSTRACT

Patiënteneducatie: tips en valkuilen in de organisatie van groepsessies

Haio: Dr. Jolin LIPPENS

Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Jo GOEDHUYS

Praktijkopleiders: Dr. Els BARTHOLOMEEUSEN, Dr. Edwin VANDEN BROECKE, Dr. Ingrid BUYTAERT

Context:

Patiënteneducatie is belangrijk om de *health literacy*, of geletterdheid op gebied van gezondheid, te verhogen. Dit onderzoek focust op een specifieke vorm van patiënteneducatie, meer bepaald groepseducatie. Onder een groepsessie wordt verstaan: het verzamelen van patiënten voor educatie in groep rond een bepaald thema. Dit in tegenstelling tot individuele educatie tijdens de consultatie of informatie via een website, folders of affiches.

Onderzoeksvragen:

Zijn er wetenschappelijke argumenten voor de effectiviteit van groepseducatie in de huisartsenpraktijk? Welke tips en valkuilen kunnen geformuleerd worden met betrekking tot de organisatie van groepsessies?

Methode (literatuur & registratiewijze):

In de internationale literatuur werd gezocht naar bewijsmateriaal voor groepseducatie. Daarnaast werd een enquête afgenomen bij Vlaamse organisatoren van groepsessies met als doel: 1) het in kaart te brengen welke groepsessies georganiseerd worden in Vlaanderen, 2) tips en valkuilen met betrekking tot de organisatie van groepsessies te identificeren en 3) noden die organisatoren ondervinden in de organisatie van groepsessies te benoemen.

Resultaten:

Groepseducatie kan effectief zijn bij kanker, diabetes type 2, kraamzorg, chronische pijn, reuma, epilepsie en ongevallenpreventie. In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn er argumenten voor interventies in de prenatale zorg, voor de preventie van vaatziekten en de aanpak van risicofactoren (roken, ongezonde voeding, fysieke inactiviteit, alcohol en overgewicht). De enquête werd hoofdzakelijk ingevuld door verpleegkundigen (16%), artsen (12%), psychologen (12%), kinesisten (9%) en vroedvrouwen (9%). De meest voorkomende thema's die uit de enquête naar voren komen, zijn: voeding, diabetes, zwangerschap/kraamtijd, psychisch welzijn, fysieke activiteit, kanker en psychiatrie. De tips die het meest geformuleerd werden, zijn: interactie met het publiek, teamwork, goed voorbereiden, aanpassen aan de doelgroep en goede promotie. Het niet uitvoeren van deze tips zijn de grootste valkuilen, naast een beperkte welsprekendheid en het geven van teveel informatie. De belangrijkste nood die organisatoren ondervinden, is de nood aan financiële hulp.

Conclusies:

Er zijn beperkte wetenschappelijke argumenten voor de organisatie van groepseducatie in de huisartsgeneeskunde. Meer onderzoek is nodig om te specificeren voor welke thema's groepseducatie zinvol is, hoe de groepseducatie het best opgebouwd wordt en aan welke intensiteit deze gegeven moet worden om het meest kostenefficiënt te zijn. In Vlaanderen wordt frequent aan groepseducatie gedaan in de verschillende settings, door alle mogelijke zorgverstrekkers en over zeer uiteenlopende thema's. Voor de huisarts is het bijgevolg interessant om in de eigen omgeving te kijken welke groepsessies al georganiseerd worden en om desgewenst door te verwijzen. De tips en valkuilen die geformuleerd werden, kunnen toekomstige organisatoren uit alle disciplines helpen bij de organisatie van groepseducatie. De grootste nood van organisatoren is echter niet een handleiding of richtlijn, maar financiële middelen.

E-mail: jolinlippens@hotmail.com

ICPC-code: (A) ALGEMEEN EN NIET GESPECIFIEERD

CONTEXT

Laaggeletterdheid is geassocieerd met een slechtere gezondheid (Dewalt DA et al., 2004). Uit deze bevinding groeide het concept *health literacy*, een term die echter moeilijk te vertalen is naar het Nederlands: gezondheidsvaardigheden, zelfredzaamheid? *Health literacy* heeft betrekking op de cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft om beslissingen rond zijn gezondheid te maken. Dit kan gaan over: het aannemen van een gezonde levensstijl, een goed gebruik maken van de gezondheidsvoorzieningen, therapietrouw, ... De algemene basisopleiding draagt hier in belangrijke mate aan bij. Enerzijds is *health literacy* te beschouwen als een risicofactor voor gezondheid, anderzijds kan men *health literacy* zien als een vaardigheid die verhoogd kan worden door middel van patiënteneducatie (Nutbeam D, 2008).

Patiënteneducatie bestaat in verschillende vormen: individuele counseling, groepseducatie, folders en affiches, elektronische media, audiovisueel materiaal, ... In dit onderzoek ligt de focus op groepseducatie. Onder een groepsessie wordt verstaan het bijeenbrengen van patiënten voor educatie in groep rond een bepaald thema, dit in tegenstelling tot individuele educatie tijdens de consultatie of informatie via een website, folders of affiches. De idee van groepseducatie, groepstherapie en groepsconsultaties komt van de overtuiging uit de gedragswetenschappen dat de mens meer gedreven wordt door gelijkheid dan door originaliteit (*'Human nature has a much greater genius for sameness than for originality'* – James Russell Lowell 1819-1891). Een groepsaanpak lijkt zinvol omwille van de positieve effecten van ondersteuning door lotgenoten en de tekortkomingen van een korte individuele consultatie (Antonucci J, 2008).

ONDERZOEKSVRAGEN

Zijn er wetenschappelijke argumenten voor de effectiviteit van groepseducatie in de huisartsenpraktijk? Welke tips en valkuilen kunnen geformuleerd worden met betrekking tot de organisatie van groepssessies? Om een antwoord te bieden op de vraagstelling, werden een aantal subvragen geformuleerd.

Via een literatuurstudie werd getracht een antwoord te vinden op de volgende vragen: Voor welke thema's is groepseducatie effectief? Zijn er aanwijzingen dat groepseducatie doeltreffend is in de huisartsenpraktijk?

Via een enquête bij Vlaamse zorgverstrekkers die groepssessies organiseren, werd een antwoord gezocht op de volgende vragen: Over welke thema's worden in Vlaanderen al groepssessies georganiseerd en wie organiseert deze sessies? Welke tips en valkuilen kunnen organisatoren helpen bij de organisatie van groepssessies? Welke noden ondervinden de organisatoren in de organisatie van groepseducatie?

METHODE

LITERATUURSTUDIE

Via de stuiterproxy van de Katholieke Universiteit Leuven werd via PubMed gezocht in de Medline databank. De laatste update van de zoektocht in de literatuur vond plaats op 7 maart 2013.

Met de zoekterm *group education* werden 469 artikels gevonden. Na filtering voor *systematic review* bleven 48 artikels over. Één artikel waarvan een recentere update beschikbaar was, één artikel dat teruggetrokken was uit publicatie en één Spaanstalig artikel werden niet aanvaard. Voor 32 van de 45 overgebleven artikels was de volledige tekst gratis online beschikbaar. Op basis van abstract werden uiteindelijk 23 artikels behouden. Redenen voor het niet uitsélectioneren van 9 artikels waren: a) groepseducatie van zorgverstrekkers in plaats van patiënten (1), b) niet-representatieve patiëntengroep/gezondheidszorgstelsel (1), c) focus niet op groepseducatie (1) en d) op basis van methode in abstract toch geen *systematic review* (6).

De zoekterm *group teaching* leverde 281 artikels op, waarvan 4 *systematic reviews*. Hiervan handelden er 3 over educatie van studenten. Het overgebleven artikel was vrij beschikbaar.

Op basis van de zoekterm *group learning* werden 335 artikels gevonden. 14 artikels bleven over na filtering voor *systematic review*. Hiervan waren er 12 volledig gratis toegankelijk online. Slechts één artikel kon behouden worden. De overige 11 handelden over educatie van studenten of zorgverstrekkers.

Voor de zoekterm *group intervention* waren er 1047 hits, waarvan 22 *systematic reviews*. Hieruit werden slechts 6 artikels geselecteerd, waarvan er 2 al in een andere search gevonden waren. Redenen voor het niet aanvaarden van artikels waren: a) volledige tekst niet gratis online beschikbaar (3), b) artikel in Duits (3), Spaans (1) of Portugees (1) en c) focus op interventie/therapie in plaats van op educatie (8).

In totaal werden 29 artikels behouden.

ENQUÊTE

Op basis van de eigen zoekvragen en aan de hand van thema's die teruggevonden werden in de literatuurstudie, werd een enquête opgesteld met LimeSurvey op de Websurvey server van de Katholieke Universiteit Leuven (cfr bijlage 1). In de eerste plaats werden vragen gesteld die specifiek een antwoord zochten op één van de onderzoeksvragen. Daarnaast werden vragen gesteld om te

reflecteren over verschillende aspecten in de organisatie van groepssessies. Op deze manier konden de belangrijke vragen naar de tips en valkuilen op het einde van de enquête gemakkelijker ingevuld worden.

Via e-mail werd contact opgenomen met: de voorzitters van alle huisartsenkringen, de wijkgezondheidscentra, de centra van geneeskunde voor het volk, de zorgtrajectpromotoren, de expertisecentra van kraamzorg, valpreventie en dementie, de Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen en de mutualiteiten. Er werd gevraagd of zij zelf al groepssessies georganiseerd hadden of dat zij andere zorgverstrekkers kenden met ervaring hierin met de bedoeling om hen uit te nodigen voor de enquête. In totaal werden een 600-tal personen aangeschreven met als bedoeling hen uit te nodigen om deel te nemen aan de enquête.

Deelnemen aan de enquête kon door persoonlijke uitnodiging of na aanmelden met gebruikersnaam en paswoord op de site die toegang gaf tot de enquête¹. Aan geregistreeerde deelnemers werd maximaal tweemaal via e-mail een herinnering voor deelname aan de enquête verstuurd. De gebruikersgegevens werden door middel van een toegangscodetabel met tokens ontkoppeld van de antwoorden. Op deze manier konden de gegevens anoniem verwerkt worden en werd het bias van deelnemers en onderzoeker geminimaliseerd. Een proefenquêteering bij 5 deelnemers bevestigde dat de vragen duidelijk waren en dat de duur van de enquête acceptabel was. Opmerkingen van de deelnemers van de proefenquêteering leidden tot enkele kleine aanpassingen (voornamelijk correcties van spellingfouten). De enquête werd geactiveerd vanaf september 2012. Eind januari werd de enquête afgesloten. Enkel volledig ingevulde enquêtes werden gebruikt voor de analyse.

Een lijst van thema's waarover al groepssessies gegeven worden, werd opgesteld uit de antwoorden van meerkeuzevraag b1. Aan de hand van de opmerkingen bij vraag b1 en de antwoorden uit vraag b2, werd de lijst uitgebreid met nieuwe thema's. Groepssessies die niet aansloten bij het onderwerp van het onderzoek, meer bepaald groepssessies voor zorgverstrekkers, werden uit de lijst verwijderd.

Algemene gegevens over de organisatoren van groepssessies werden verzameld uit vraaggroep a van de enquête. Voor het opstellen van de verwijskaart werden gegevens uit het e-mail verkeer en uit een internet search gebruikt.

Tips en valkuilen werden geïdentificeerd aan de hand van vragen h2 en h3.

¹ <https://websurvey.kuleuven.be/index.php?sid=18572&lang=nl> (site niet meer actief)

De antwoorden op de vragen: c2, c3, h1 tot en met h3 en vraaggroep f, gaven aan welke noden de organisatoren ondervinden in de organisatie van de groepssessies.

RESULTATEN

LITERATUURSTUDIE

De resultaten uit de 29 artikels, die behouden werden uit de literatuurstudie, worden hieronder per thema gegroepeerd. De thema's zijn: kanker, diabetes, *lifestyle* en cardiovasculaire risicofactoren, psychiatrie, kraamzorg, chronische pijn, reuma, epilepsie, ongevallenpreventie bij jonge kinderen, astma, HIV² en AIDS³ bij 50+ en postoperatieve pijn bij totale knie- en heupprothese. De groepsessies uit deze artikels vonden plaats in het ziekenhuismilieu, in de gemeenschap, op de werkvloer, in de eerstelijnsgezondheidszorg of in een combinatie van deze omgevingen. Artikels die specifiek een uitspraak doen over groepseducatie in de eerste lijn, worden apart besproken.

Kanker

Er zijn beperkte argumenten die aantonen dat gestructureerde groepsessies de kennis over kanker, het omgaan met de diagnose van kanker, de angst, de aanpassing en het welzijn van kinderen en adolescenten met een broer of zus met kanker kunnen bevorderen. Echter, slechts 5 studies waren betrokken in de review van Scott JT et al. (2008). Meer onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen, om verschillende methodes van aanpak te bestuderen en om de impact van interventies bij kinderen en adolescenten met een ander familielid (bijvoorbeeld ouders) met kanker te evalueren.

Naast de klassieke gedeelde besluitvorming bij individuele counseling, exploreert Briss P et al. (2004) het nut van interventies, die het beslissen met *informed consent*⁴ bevorderen. Dit concept beperkt zich niet tot de screening naar kanker, maar kan ook toegepast worden bij andere preventieve en curatieve thema's. De interventies kunnen zowel gericht zijn op de patiënt (gebruik van kleinschalige media⁵ en groepseducatie) als op de zorgverstreker of op beiden en lijken zinvol gezien de beperkte tijd in een consultatie (gemiddeld 15 minuten). Daarnaast kunnen deze interventies de patiënten voorbereiden op de besluitvorming zodat deze efficiënter verloopt en een last van de

² HIV, voluit humaan immunodeficiëntievirus

³ AIDS, voluit *acquired immune deficiency syndrome*: verworven immunodeficiëntiesyndroom

⁴ *Informed consent*: vrijwillige toestemming van de patiënt voor het ondergaan van een bepaald klinisch onderzoek en/of een bepaalde behandeling, nadat de patiënt vooraf hierover uitgebreid geïnformeerd is door een deskundige. (Jochems AAF et al, 2003)

⁵ Kleinschalige media: educatief beeld- en schriftelijk materiaal (brieven, brochures, flyers en pamfletten, affiches en kranten) dat via gezondheidszorg- of gemeenschapsinstellingen verspreid wordt.

zorgverstrekkers wordt weggenomen. Grootschalige interventies leiden ook gemakkelijker tot het ontwikkelen van richtlijnen die nadien ook door zorgverstrekkers gebruikt kunnen worden. Tenslotte kunnen deze interventies ook patiënten bereiken die niet op de consultatie komen. Studies hebben aangetoond dat interventies die *informed consent* bevorderen, buiten de consultatie, kennis over de ziekte, de test en de risico's verhogen. Echter, verder onderzoek is nodig om het effect op de besluitvorming in kaart te brengen en de rol van de verschillende types van interventies te identificeren.

Zo goed als alle types van interventies om kankerscreening in de gemeenschap te bevorderen (massa media, kleinschalige media, *one-on-one*⁶ educatie, educatie in kleine groepen, toegankelijkheidsbevorderende strategieën of een combinatie van interventies) zijn zinvol in sommige studies. Echter geen enkele interventie is goed voor alle personen, voor alle screeningstesten of in alle settings, vindt Pasick RJ et al. (2004). Er wordt evenwel verder geen uitspraak gedaan over het nut van groepseducatie specifiek.

Herinneringen, kleinschalige media en *one-on-one* educatie bevorderen de promotie van screening naar kanker. Er is echter onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van groepseducatie om screening naar borst-, cervicale en colorectale kanker te bevorderen. Dit omwille van te weinig studies en inconsistente bevindingen (Baron RC et al., 2008; Brouwers MC et al., 2011). Een latere update van de literatuur door Sabatino SA et al. (2012) vond daarentegen wel voldoende bewijzen voor de doeltreffendheid van groepseducatie om screening naar borstkanker te bevorderen. Met betrekking tot cervix- en darmkanker blijft er voorlopig onvoldoende bewijs over de effectiviteit van groepsessies in de promotie van screening.

Lu M et al. (2012) bestudeerde interventies om screening naar borst- en cervixkanker bij Aziatische vrouwen in de westerse wereld te bevorderen. De aanleiding hiervoor was de observatie dat de deelname van deze subpopulatie aan screeningsprogramma's beduidend lager is dan bij de autochtone bevolking. Vermoedelijk is een combinatie van verschillende interventies succesvoller dan één enkele interventie. De doeltreffendheid van groepseducatie, in de gemeenschap of op het werk, neemt toe wanneer bijkomend hulp wordt geboden in het maken en bijwonen van afspraken en wanneer mobiele screeningsprogramma's beschikbaar zijn. Deelname aan screeningsprogramma's kan waarschijnlijk worden bevorderd door training in cultureel bewustzijn voor zorgverstrekkers. Bijkomend kunnen culturele bemiddelaars zorgverstrekkers helpen om taal en culturele barrières te overwinnen. Sabatino SA et al. (2012) maakte ook melding van een meta-

⁶ One-on-one educatie omvat zowel individuele educatie in persoon als telefonische communicatie.

analyse van enkelvoudige en multipale interventies bij vrouwen uit minderheidsgroepen. Naast drempelverlagende interventies had groepseducatie de grootste impact op screening naar cervixkanker.

Diabetes

Om zelfzorg en resultaten bij patiënten met type 2 diabetes mellitus te bevorderen, is het effectiever om te focussen op patiëntenparticipatie dan op de consultatiestijl van de zorgverstreker. Zo besluit van Dam HA et al. (2003). Het bevorderen van patiëntenparticipatie kan door: voorbereiding van de patiënt door de assistent vóór de consultatie, groepseducatie, groepsconsultaties en telefonische benadering. Er wordt echter geen uitspraak gedaan over de doeltreffendheid van de verschillende interventies afzonderlijk.

Wens J et al. (2008) probeerde de effectiviteit van individuele *face-to-face* counseling, telefonische counseling en groepsconsulting op therapietrouw bij diabetes mellitus aan te tonen. Wegens beperkte bewijsgrond kon hij echter geen klinisch relevante besluiten trekken.

Duke SAS et al. (2009) vond een soortgelijk effect van individuele en groepseducatie op het HbA_{1c}⁷, de BMI⁸, de bloeddruk, het stoppen met roken en de levenskwaliteit na maximum 18 maanden follow-up. Deze bevinding is echter gebaseerd op slechts 3 studies. Er is nood aan meer onderzoek waarbij onder andere ook aandacht geschonken moet worden aan de intensiteit van de bestudeerde interventies alvorens conclusies te trekken.

In sommige studies, concludeerde Dorresteyn JA et al. (2012), kan educatie het gedrag van patiënten en de kennis over voetzorg bij patiënten op korte termijn bevorderen. Door het beperkt aantal studies is er echter onvoldoende bewijskracht om te concluderen dat enkel en alleen door patiënteneducatie een klinisch relevante vermindering in incidentie van ulcera en amputaties kan bekomen worden.

Riley SB et al. (2010) bestudeerde specifiek groepsconsultaties voor diabetespatiënten. Onder een groepsconsultatie wordt in dit artikel verstaan: interactieve groepseducatie gecombineerd met een

⁷ HbA_{1c}, voluit geglycosyleerd hemoglobine: hemoglobine waaraan glucose is gebonden; het is een maat voor de gemiddelde glucosewaarde in de voorafgaande 6 weken tot 2 maanden; bij gezonde personen is het percentage HbA_{1c} ongeveer 6% van het totale hemoglobine; bij diabetici kan dit sterk verhoogd zijn (meer dan 10-13%) hetgeen op een slechte regulatie duidt. (Jochems AAF et al, 2003)

⁸ BMI, voluit *body mass index*, syn. index van Quetelet: het lichaamsgewicht in kg, gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters (G:L²); 27 of meer duidt op adipositas. (Jochems AAF et al, 2003)

bespreking, in groep of individueel, van elementen uit de individuele consultatie in een ander lokaal. Het groepsconsultatiemodel kon geen significante verbetering aantonen van het HbA1c, de bloeddruk of het lipidenprofiel. Er zijn wel voldoende argumenten voor de kosteneffectiviteit door een reductie van ziekenhuisopnames. Daarenboven resulteren groepsconsultaties in een verhoogde patiëntentevredenheid. Verder onderzoek is nodig om te bepalen hoe de groepsconsultaties het best opgebouwd worden en welk team van zorgverstrekkers de consultaties dient uit te voeren.

Lifestyle en cardiovasculaire risicofactoren

Interventies die het mediterrane dieet stimuleren, kunnen de inname van groenten, noten, fruit, volkoren producten, zaden, olijfolie en producten arm aan vrije vetzuren bevorderen. Dit heeft tot gevolg een significante daling van: het totaal cholesterol, het LDL⁹ cholesterol, de ratio van totaal over HDL¹⁰ cholesterol, de insuline resistentie, de BMI, het lichaamsgewicht en de buikomtrek. Bestudeerde interventies waren: individuele counseling, computergebaseerde counseling op maat, groepseducatie, internetgebaseerde educatie, kooklessen en papieren materiaal. Er werd door Piscopo S et al. (2009) verder geen uitspraak gedaan over de bewijskracht voor de specifieke interventies afzonderlijk.

Groeneveld IF et al. (2010) bestudeerde interventies op de werkvloer om het cardiovasculair risico te verlagen. Groepseducatie kan een belangrijk positief effect hebben op het perifere lichaamsvet. De effectiviteit van interventies op de bloeddruk, het lipidenprofiel en de glycemie kon niet worden aangetoond wegens inconsistenties in de resultaten van de verschillende studies.

Brown JPR et al. (2011) focust op educatie bij patiënten met gedocumenteerd coronair lijden. Er was onvoldoende bewijskracht voor een reductie van mortaliteit, cardiale morbiditeit, revascularisatie en hospitalisatie door educatie. Vermoedelijk omdat de meeste studies een relatief korte follow-up periode voorzien hadden. Voornamelijk omwille van de hoge prevalentie van patiënten met hart- en vaatziekten, zijn deze resultaten klinisch belangrijk. Daarom is verder onderzoek nodig om de bewijskracht van toekomstige meta-analyses te verhogen.

Christl B et al. (2011) formuleert strategieën om richtlijnen voor de preventie van vaatziekten in de huisartsenpraktijk te implementeren. Educatie in kleine groepen bleek doeltreffend omdat het

⁹ LDL, afk. van *low density lipoprotein*: vervoert voornamelijk cholesterol. (Jochems AAF et al, 2003)

¹⁰ HDL, afk. van *high density lipoprotein*: een verlaagde waarde van de cholesterolfractie in de HDL geldt als een risicofactor voor het ontstaan van atherosclerose. (Jochems AAF et al, 2003)

wetenschappelijke informatie combineert met stimulatie door lotgenoten. Naast het geven van educatie in kleine groepen, waren interactie, terugkoppeling naar de deelnemers en een objectieve evaluatie van de educatieve noden van de deelnemers belangrijke aspecten die de slaagkans van de educatieve interventie verhoogden. De interventie moet ook rekening houden met drempels, veelzijdig zijn en aangepast zijn aan de lokale context. Het volledige zorgteam van de eerste lijn moet betrokken zijn.

Roken, ongezonde voeding, alcohol, fysieke inactiviteit en overgewicht zijn de belangrijkste modificeerbare risicofactoren voor diabetes en hart- en vaatziekten. Taggart J et al. (2012) evalueerde de effectiviteit van interventies in de eerste lijn om *health literacy* te verhogen met de bedoeling een verandering in deze risicofactoren te bekomen. De doeltreffendheid van een interventie hangt niet alleen af van het type interventie (individuele counseling, groepseducatie, geschreven materiaal, telefonische counseling, computer- of internetgebaseerde interventies of een combinatie van verschillende interventies), maar ook van het thema zelf, de setting en de intensiteit waarmee de interventie gegeven wordt. Zo blijkt uit deze *systematic review* dat individuele counseling en geschreven materiaal een grotere impact hebben op rookstop in vergelijking met groepseducatie. Telefonische counseling was de enige interventie die geen positieve verandering kon brengen in een van de risicofactoren. De andere types van interventies waren even effectief voor fysieke activiteit, terwijl geschreven materiaal en een combinatie van verschillende interventies het meest doeltreffend waren voor de verandering van voedingsgewoontes. De combinatie van verschillende thema's (bijvoorbeeld fysieke activiteit en voeding) hoeft de effectiviteit niet te compromitteren op voorwaarde dat ze in een samenhangend kader verwerkt worden. De intensiteit van de interventie bleek weinig effect te hebben op de doeltreffendheid van de interventie. Individuele counseling bij rookstop waarbij de totale contacttijd een belangrijk positief effect heeft op de werkzaamheid, is hier echter een uitzondering op. Voor andere thema's waren interventies van lage intensiteit (minder dan 3 uur contacttijd) even effectief als interventies met hoge intensiteit (meer dan 8 uur contacttijd). Dit heeft belangrijke implicaties voor de berekening van de kosteneffectiviteit van interventies. De implementatie van strategieën om *health literacy* aan te pakken hoeft dus niet sowieso omvangrijk en duur te zijn.

Psychiatrie

Pekkala ET et al. (2002) concludeerde dat, naast de standaard zorg bij patiënten met schizofrenie, elke vorm van psycho-educatie leidde tot een significante daling van herval of heropname. Dit in een

periode van 9 tot 18 maanden van follow-up met een NNT¹¹ van 6-12. In het algemeen had psycho-educatie een positief effect op het welzijn van de patiënten. Een korte groepsinterventie leidde tot een significant verbeterde therapietrouw na 1 jaar in één studie. Andere studies hadden twijfelachtige resultaten hierover. Bij alle groepsinterventies waren familieleden betrokken. Gezien slechts 10 studies behouden werden in het onderzoek, was het moeilijk om de doeltreffendheid van de verschillende vormen van educatie (intensiteit van de interventie, individuele versus groepseducatie) onderling te evalueren.

Xia J et al. (2011) bevestigde de bevinding van Pekkala ET et al. (2002) dat psycho-educatie herhal bij patiënten met schizofrenie voorkomt. Bovendien werd nu ook geconcludeerd dat psycho-educatie heropname en de duur van opname vermindert, alsook de therapietrouw bevordert. Opnieuw kon omwille van het beperkt aantal behouden studies geen uitspraak gedaan worden over de voorkeur voor een specifieke vorm van patiënteneducatie.

Kraamzorg

De Oliveira MIC et al. (2001) concludeerde dat interventies die verschillende types van patiënteneducatie combineerden en die langdurig en intensief gegeven werden, het meest effectief zijn om de periode van borstvoeding te verlengen. In de prenatale zorg lijkt groepseducatie de meest effectieve strategie. De combinatie van groepssessies, huisbezoeken en individuele counseling gespreid over de pre- en postnatale fase was ook doeltreffend. De impact van deze interventies werd in een aantal gevallen gecompromitteerd. Met name: wanneer de interventies op kleine schaal of over een te korte periode tijdens zwangerschap of postnatale periode werden gegeven, wanneer het advies over borstvoeding slechts een beknopte boodschap tussen een heleboel andere onderwerpen was en wanneer tegengestelde boodschappen werden gegeven (bijvoorbeeld programma's waar borstvoeding gepromoot werd, maar flessenvoeding uitgedeeld werd).

Nolan ML et al. (2009) voerde een *systematic review* uit naar de ervaringen en opvattingen van vrouwen over prenatale educatie. De vrouwen verkozen educatie in kleine groepen omwille van het lotgenotencontact en het laagdrempelige contact met de educator die informatie over hun specifieke situatie kon geven. Bij gebruik van didactisch materiaal gaven vrouwen de voorkeur aan een benadering vanuit een cultureel specifiek oogpunt (bijvoorbeeld afbeeldingen van allochtone

¹¹ NNT, voluit *number needed to treat*: epidemiologische term om aan te duiden hoeveel personen een behandeling moeten ondergaan om er één succesvol te laten zijn. (Jochems AAF et al, 2003)

vrouwen gebruiken bij een allochtoon publiek). Bij prenatale groepen vonden vrouwen het ook belangrijk om te vernemen wat ze konden verwachten op de dienst materniteit en wat er van hen verwacht werd. Wanneer teveel informatie gegeven werd, ontstond soms angst bij de vrouwen dat ze niet alles zouden onthouden op het moment van de bevalling. Ze vonden het belangrijk dat bij de bevalling herhaald werd wat in de prenatale sessies geleerd werd.

Chronische pijn

Nielson WR et al. (2001) bestudeerde de effectiviteit van een unimodale (feedback bij elektromyogram of hypnose) en een multimodale (gedragstherapie en rugschool of groepseducatie) biopsychosociale aanpak in de behandeling van chronische pijn. Er bestaan tegenstrijdige resultaten over de korte en lange termijn effectiviteit van rugschool of groepseducatie bij patiënten met chronische lage rugpijn. Bij andere chronische pijn is er een matige bewijskracht voor multimodale biopsychosociale behandelingen op korte tot intermediaire termijn. Op lange termijn zijn ook hier de resultaten tegenstrijdig.

Reuma

Volgens Savelkoul M et al. (2003) is het mogelijk om met groepsinterventies de functionele gezondheidstoestand te bevorderen. Tijdens die groepsinterventies kan men actieve *coping* stimuleren middels het aanleren van zelfmanagementvaardigheden of vaardigheden om met pijn en stress om te gaan. Op die manier kan de levenskwaliteit van patiënten met reumatische aandoeningen verhoogd worden. De resultaten zijn echter te beperkt zodat verder onderzoek nodig is om aanbevelingen te formuleren.

Epilepsie

Patiënten met epilepsie hebben nood aan meer informatie naast de standaard zorg. Er zijn aanwijzingen dat groepseducatie effectief is om aan deze nood tegemoet te komen, zeker zo de groepseducatie aangevuld wordt met informatiefolders op maat. De gevolgen van het verstrekken van informatie zijn onvoldoende onderzocht. Toch lijkt een verbetering van kwaliteit van leven, een

vermogen om *coping*¹² strategieën te ontwikkelen, een toegenomen perceptie van controle en een vermindering van angst en gevoelens van onzekerheid waargenomen te worden. (Couldridge L et al., 2001)

Ongevallenpreventie bij jonge kinderen

Bruce B et al. (2005) bestudeerde groepseducatie bij kleuters ter preventie van ongevallen (gebruik van het kinderzitje in de auto, de straat oversteken, intoxicaties, contact met vreemden, zelf een hulplijn bellen,...). Hij concludeerde dat de meeste groepsinterventies een of ander positief effect hadden wat impliceert dat educatie in deze leeftijdscategorie mogelijk is. De twee belangrijkste aandachtspunten bij groepseducatie bij kleuters waren het interactieve aspect en het oefenen van de vaardigheden. Geen van de studies registreerde echter als einduitkomst het aantal ongevallen na de educatie. Bijgevolg blijft het onduidelijk of groepseducatie het aantal ongevallen vermindert.

Astma

Bravata DM et al. (2007) bestudeerde kwaliteitsverbeterende strategieën in de astmazorg. Interventies hadden meer kans om succesvol te zijn (bijvoorbeeld verbeterde longfunctiemeting of reductie van bezoeken aan de spoedafdeling en werkverlet) wanneer verschillende types van patiënteneducatie (individuele counseling, groepseducatie, rollenspel en/of uitdelen van papieren educatief materiaal) gecombineerd werden en gespreid werden over verschillende sessies. Langdurige interventies hadden ook meer kans om succesvol te zijn dan een enkele vorm van patiënteneducatie alleen. Bij educatie aan jonge kinderen moeten ouders of zorgverstrekkers betrokken zijn om een significante verbetering van de klinische resultaten te bekomen.

HIV/AIDS preventie bij 50+

De drie belangrijkste uitdagingen in de educatie rond HIV/AIDS bij oudere volwassenen zijn: *ageism*¹³, de tegenzin van oudere volwassenen om seksualiteit te bespreken en de misvattingen over

¹² *Coping*: (psychische) aanpassing aan (relatief) moeilijke omstandigheden (stress); de cognitieve en gedragsmatige inspanningen die een persoon verricht bij een dreigende overbelasting. (Jochems AAF et al, 2003)

hun HIV risico. Educatieve sessies verhogen de kennis over HIV/AIDS bij oudere volwassenen. Er is echter geen bewijs dat verhoogde kennis ook effectief leidt tot een verminderd risicogedrag bij ouderen. (Milaszewski D et al., 2012)

Postoperatieve pijn bij totale knie- en heupprothese

Klassieke preoperatieve educatie omvat uitleg over de anatomie, de biomechanica en de chirurgische correctie van de pathologie. Deze vorm van educatie heeft slechts een beperkt effect op de postoperatieve pijn. Zij kan immers angst doen toenemen, met een negatieve impact op de pijn. Preoperatieve educatie over pijnverwerking kan angst doen afnemen en kan uiteindelijk de postoperatieve pijn verlichten. In deze *systematic review* van Louw A et al. (2013) wordt onder educatie zowel *one-on-one* educatie als groepseducatie, al dan niet aangevuld met geschreven materiaal, verstaan. Er wordt geen uitspraak gedaan over het nut van groepseducatie specifiek.

Zijn er wetenschappelijke argumenten voor de organisatie van groepsessies specifiek in de eerste lijn?

De resultaten van de studies die in de *systematic review* van Riley SB et al. (2010) over groepsconsultaties voor diabetespatiënten besproken werden, waren niet consistent. Toch werd één van de studies naar voren geschoven als model voor de organisatie van groepsconsultaties over diabetes in de eerste lijn. Deze RCT¹⁴ kon positieve resultaten met betrekking tot het HbA_{1c}, de BMI en het HDL cholesterol voorleggen. Die resultaten hielden stand gedurende de volledige 5 jaar waarin de studie liep. De samenwerking tussen de huisartsen en diabeteseducatoren werd in dit model benadrukt.

Taggart J et al. (2012) bestudeerde interventies om de *lifestyle* van patiënten te veranderen. Hij vond een verschil in effectiviteit van interventies afhankelijk van de setting waarin deze gegeven werden. De succesratio voor interventies rond rookstop was groter in de eerstelijnsgezondheidszorg dan in interventies in de gemeenschapssetting. Omgekeerd waren interventies in de gemeenschapssetting meer doeltreffend rond de thema's fysieke activiteit en voeding.

¹³ *Ageism: prejudice or discrimination against a particular age-group and especially the elderly.* (Merriam-Webster online dictionary) Vrij vertaald: ouderendiscriminatie

¹⁴ RCT, voluit *randomised controlled/clinical trial*: een interventiestudie (*controlled clinical trial*) waarin de onderzoekspopulatie op aselecte wijze wordt verdeeld in een interventiegroep en een controlegroep. (van Driel A et al., 2008)

In de promotie van borstvoeding is een belangrijke taak weggelegd voor de eerste lijn, zeker wanneer vrouwen snel na de bevalling naar huis gaan. de Oliveira MIC et al. (2001) bevestigde de rol van de eerste lijn hierin. Echter, specifiek voor groepseducatie, lijken meer aanwijzingen te bestaan voor de doeltreffendheid in de prenatale zorg.

In de huisartsenpraktijk is educatie in kleine groepen voor de preventie van vaatziekten zinvol. Christl B et al. (2011) formuleerde enkele tips die betrekking hebben op de organisatie hiervan (cfr supra).

Hulscher MEJL et al. (1997) legde zich toe op interventies om preventie te implementeren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Er was onvoldoende bewijs om aan te nemen dat één van de interventies met absolute zekerheid doeltreffend is. Het is belangrijk om drempels te identificeren en de interventies op maat te maken. Verschillende strategieën kunnen verschillende drempels aanpakken. Bijgevolg zijn veelzijdige interventies die verschillende strategieën combineren meer effectief dan enkelvoudige interventies. Dit werd ook gezien bij groepseducatie. De resultaten voor groepseducatie waren wisselend, maar toonden gemiddeld een kleine tot matige toename aan van het gebruik van de preventieve dienstverlening. Het toevoegen van één of meerdere strategieën aan de groepseducatie kon de effectiviteit bijkomend verhogen.

RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE

Van de 600-tal aangeschreven zorgverstrekkers namen er 165 deel aan de enquête. 148 van hen vulden de enquête volledig in. Redenen om niet deel te nemen aan de enquête waren voornamelijk geen of onvoldoende ervaring met groepseducatie. Het onvolledig invullen van de enquête door 17 deelnemers kan te maken hebben met het feit dat niet alle organisatoren ook de spreker of de behandelende zorgverstrekkers waren en omgekeerd. Bijgevolg konden deze deelnemers niet op alle vragen van de enquête antwoorden.

Over welke thema's worden in Vlaanderen groepssessies georganiseerd en wie organiseert deze sessies?

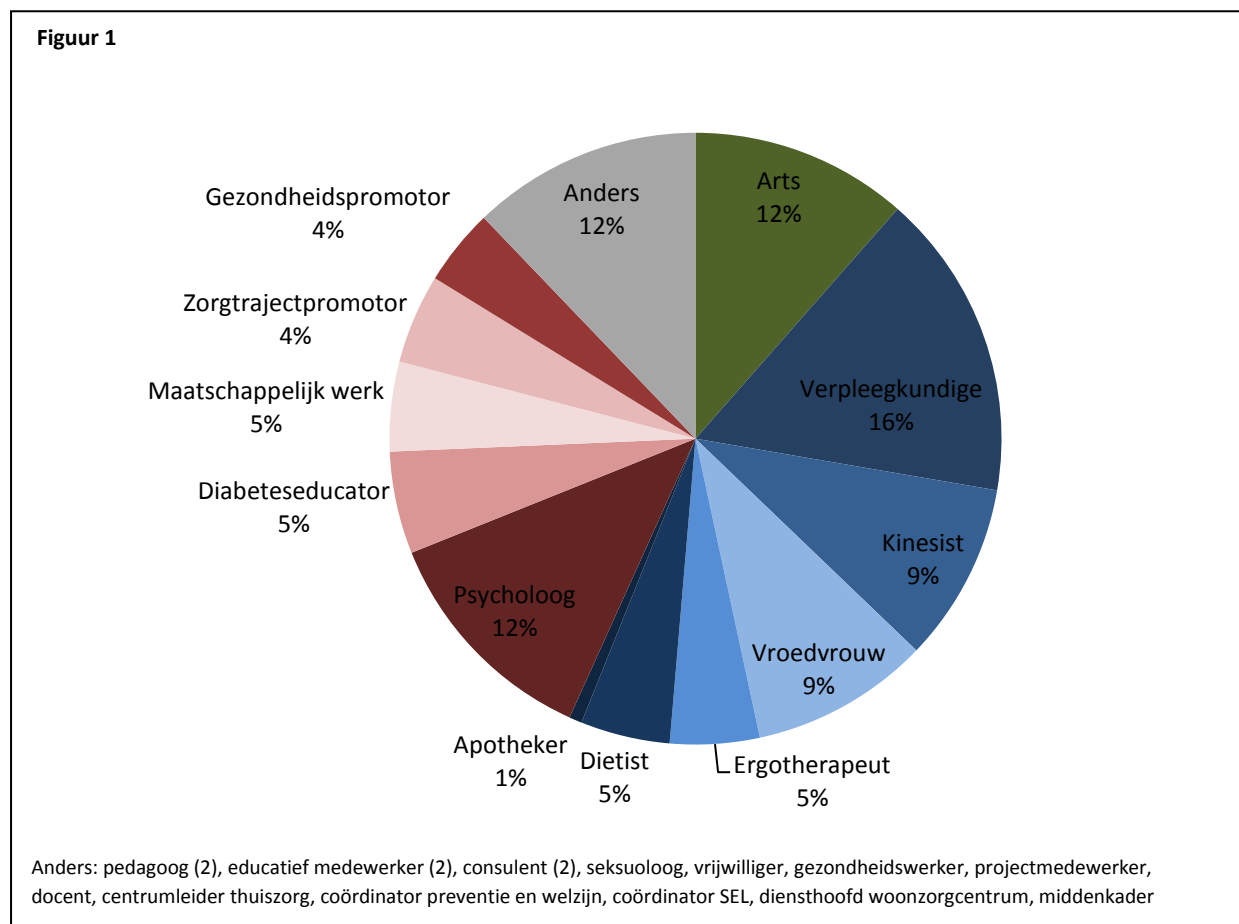
Aan de deelnemers werd gevraagd over welke thema's ze zelf ooit een of meerdere groepssessies georganiseerd hebben. Tabel 1 geeft een samenvatting weer van de antwoorden. Op te merken is dat een bepaalde groepssessie over verschillende thema's kan gaan (bijvoorbeeld een combinatie van gezonde voeding en fysieke activiteit) en dat de deelnemers meestal rond meerdere thema's

gewerkt hebben. Bij deelnemers die verschillende groepsessies rond eenzelfde thema georganiseerd hebben, werd dit thema slechts eenmaal weergegeven. Groepsessies die verschillende thema's behandelden, werden bij elk van de betrokken thema's meegeteld.

Tabel 1: Themalijst	
Diabetes (voeding, bewegen, voetcontrole, insuline, sociale/financiële/juridische aspecten, hypoglycemie, rijbewijs, neuropathische pijn,...)	43
Chronische nierinsufficiëntie	2
Zwangerschap/kraamtijd (arbeid en bevalling, kraamtijd, voeding, draagdoeken, herbruikbare luiers, baby-uitzet, meerlingen,...)	28
Borstvoeding	18
Menopauze	1
Seksuele vorming (anticonceptie, SOA's, seksuele hygiëne,...)	15
Rookstop	19
Gezonde voeding/dieet	82
Fysieke activiteit	26
Rug/gewrichten (rugschool, ergonomie, achtergrond van rugproblemen,...)	15
Knie-/heupoperatie	9
Valpreventie	15
Dementie (voeding, erfelijkheid, zorgplanning, praatcafé, omgang met...)	6
Ziekte van Parkinson	2
CVA (cerebrovasculair accident)	1
Kanker (revalidatie, borstkanker screening, seksualiteit/relaties, voeding, psychisch welzijn, sociale voorzieningen, erfelijkheid, vermoeidheid,...)	25
Rouw	1
Pijn	1
Chronisch vermoeidheidssyndroom	3
Slaapstoornissen	13
Psychisch welzijn (<i>mindfulness</i> , stress, <i>burn-out</i> , positief denken, sociale vaardigheidstraining,...)	27
Psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> - Depressie 6 - Angst 2 - Middelenmisbruik/verslaving 10 - Agressie 1 - Schizofrenie/psychose 5 	24
Alternatieve geneeswijzen	1
Opvoeding	4
Bedplassen, zindelijkheidstraining	1
Sociale aspecten van de gezondheidszorg (thuishulp, huisvesting,...)	5
Tandzorg	1
Kinderziekten	1
Vaccinatie	1
Thuisapotheek	2
EHBO	2
Ongevallenpreventie thuis (kleine ongelukjes, veiligheid in en om je huis, CO-vergiftiging,...)	4

Er werden grote verschillen gevonden in de frequentie waarmee een deelnemer zijn groepssessie organiseerde. Gemiddeld werd een groepssessie 31 keer georganiseerd met een minimum van 1 en een maximum van 999. De mediaan was 7. De deelnemers die het frequentst groepssessies organiseerden (meer dan honderd), deden dit wekelijks. Er namen gemiddeld 24 patiënten deel aan een groepssessie met een minimum van 2 en een maximum van 250 patiënten.

Er namen 34 mannen (23%) en 114 vrouwen (77%) deel aan de enquête. 80% heeft 5 of meer jaren werkervaring met maximum van 37 jaar. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring was 14,4 jaar. De deelnemers van de enquête kwamen uit verschillende disciplines van de gezondheidszorg (cfr figuur 1). De grootste groep waren de verpleegkundigen met 1 op 6 deelnemers, gevolgd door artsen en psychologen. 57% van de deelnemers bestond uit medici en paramedici.



Van de deelnemers waren er 63 (43%) die een bijkomende opleiding rond patiënteneducatie of didactiek in het algemeen gevolgd hadden. Meest voorkomend waren de lerarenopleiding of lessen didactiek binnen de eigen opleiding, opleiding rond motivationele gesprekstechnieken of

communicatietechnieken en de opleiding tot diabeteseducator. Anderen volgden opleidingen vanuit VIGEZ¹⁵ of het VLOV¹⁶. Ook rond valpreventie worden specifieke opleidingen voor zorgverstrekkers georganiseerd.

De werkomgeving van de verschillende deelnemers was zeer verschillend. 44 deelnemers werkten in een ziekenhuis, 22 deelnemers in een forfaitaire (groeps)praktijk en 14 in een zelfstandige groepspraktijk. Andere deelnemers waren werkzaam bij mutualiteiten (9), expertisecentra (7), thuisverpleging (7), solopraktijken (7), huisartsenkringen, woonzorgcentra, centra voor leerlingenbegeleiding, lokale multidisciplinaire netwerken, SEL¹⁷'s en andere vzw's. Één deelnemer was op pensioen.

Naast de gegevens uit de enquête zelf, bracht de zoektocht naar deelnemers voor de enquête, via e-mail en internet search, ook veel informatie op over wie er in Vlaanderen groepssessies organiseert. Deze gegevens werden gebruikt om een verwijkskaart op te stellen (cfr bijlage 2). Dit is een interactief werkblad waar op locatie en thema gezocht kan worden naar groepssessies. Let op: deze lijst is niet exhaustief.

Welke tips en valkuilen kunnen organisatoren helpen bij de organisatie van groepssessies?

In tabel 2 en tabel 3 worden respectievelijk de tips en de valkuilen die deelnemers voorstelden voor toekomstige organisatoren van groepssessies samengevat. Het cijfer tussen de haakjes geeft het aantal deelnemers weer die ideeën hadden over een bepaalde tip.

Tabel 2 – TIPS

A PROMOTIE: 'ZONDER RECLAME, GEEN DEELNEMERS'

Tip 1: Steek voldoende tijd in promotie en begin hier tijdig aan. (7)

- 'Wij starten in augustus voor de organisatie van de groepscursussen van het volgende kalenderjaar.'
- 'Bij zwangeren: continue publiciteit is nodig aangezien de doelgroep continu verandert.'

Tip 2: Bepaal je doelgroep zo concreet mogelijk. (12)

- Uitnodigen van familie, ouders, mantelzorgers...
 - o 'Groepssessies enkel voor patiënten vind ik zeer eenzijdig. Liever openstellen voor iedereen zodat ook mensen die er niet rechtstreeks mee geconfronteerd worden geïnformeerd worden en er daardoor meer begrip kunnen voor opbrengen.'
- Zelf selectie maken van geïnteresseerden op basis van motivatie.
- Gerichtte groepen mensen bij elkaar brengen (leeftijd, pathologie, ervaring...).

Tip 3: 'Alle promotiekanalen inzetten.' (14)

- Persoonlijk contact!

¹⁵ Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie

¹⁶ Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen

¹⁷ Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg

- 'Flyers en posters kunnen gemaakt worden, maar het persoonlijk aanspreken is de beste manier om mensen ernaar toe te krijgen.'
- 'Persoonlijke mond-aan-mond reclame is nog steeds het beste. Dit werkt ook enorm drempelverlagend.'
- Netwerking: zoveel mogelijk personen/organisaties aanspreken die kunnen doorverwijzen, onder andere: huisarts, seniorenverenigingen, gemeenten, mensen die dicht bij de doelgroep staan, mutualiteit, OKRA¹⁸ (trefpunt 55+), ziekenzorg...
- 'Een sms de dag voordien bij de mensen die zich opgegeven, hebben kan ook heel interessant zijn.'

Tip 4: 'Vooraf de deelnemers goed informeren over wat men wel en niet mag verwachten.' (11)

- Duidelijk en eenvoudig.
- Voorlichten over praktische elementen: plaats, tijdstip, op tijd komen en op tijd beginnen, agenda, kostprijs, contactgegevens,...
- 'Formuleer het aanbod zo concreet mogelijk. Zo weten deelnemers onmiddellijk of het iets voor hen is of niet.'
- 'Voor de start van de sessie deelnamegeld doen betalen.'
- 'Een verplichte vorm kan bijdragen om patiënten over een drempel te helpen. Wanneer ze geweest zijn, zijn ze altijd tevreden.'

B PRAKTISCHE ORGANISATIE

Tip 5: Plan een moment dat vrij is voor alle deelnemers, avonduren? (2)

Tip 6: Maak de groepen niet te groot! (12)

- '10-tal mensen per groep is een goede grootte om interactief te kunnen werken.'
- Met inschrijvingen werken.

Tip 7: Pas je faciliteiten aan aan je publiek. (4)

- 'Bij diabetespatiënten Canderel voorzien in plaats van suiker, de deelnemers zijn meestal oudere personen, zorg ervoor dat de locatie bereikbaar is met het openbaar vervoer.'
- 'Houd rekening met de toegankelijkheid in ruime zin (niet enkel fysieke toegankelijkheid speelt een rol, ook financiële, emotionele en psychosociale toegankelijkheid spelen een rol).'
- 'Werken met allochtonen vergt extra aandachtspunten met de aanwezigheid van mannen in de groep en kledij.'

Tip 8: 'Een goed team zoeken om je te omringen.' (23)

- 'Sla de handen in elkaar met andere disciplines en organisaties.'
- 'Zorg voor voldoende ondersteuning van de organisatie en zorg dat je je kan concentreren op de uitvoering van je taak zonder al teveel bijtaken.'
 - Werken met vrijwilligers, secretaresse,... voor de logistieke ondersteuning.
 - 'Hele team meekrijgen, ... netwerken!'
 - 'Collega's moeten mee gemotiveerd zijn in het geven van de lessen en doorverwijzen.'
- 'Een goede spreker doet de avond slagen.'
 - 'Probeer dezelfde persoon voor meerdere sessies te organiseren (helpt opbouwen band, vertrouwen).'
- 'Neem eventueel contact op met collega's in eigen instelling of een andere instelling om te zien hoe zij het geregeld kregen. Zij kunnen nuttig advies geven over te vermijden valkuilen.'

C VOORBEREIDING

Tip 9: 'De doelgroep bevragen naar hun interesses - dit heeft meer kans op slagen.' (8)

- 'Probeer vooraf zoveel mogelijk informatie te hebben over de doelgroep: leeftijd, opleidingsniveau, interesses, link met het thema, motivatie, doelstelling van de sessies, ...'

Tip 10: Juiste thema kiezen. (11)

- 'Eerst goed in de regio informeren wat er al is gebeurd, onderzoeken of er wel een nood is en dan pas organiseren!'
- 'Keuze van onderwerp: moet een breed publiek aanspreken.'
- 'Specificeer zeer duidelijk je onderwerp en je doel.'
- 'Voel u thuis in uw onderwerp en in uw vel.'

Tip 11: 'Goede voorbereiding is alles.' (19)

- Een goede voorbereiding start met een duidelijke visie.
- Zoveel mogelijk informatie verzamelen over het onderwerp.
 - 'Actualiteit rond het onderwerp: *up to date* blijven!'
- Structureer de sessie:
 - 'Inleiding (waarom) - uitleg over het probleem - hoe aanpakken - hoe voorkomen - wat kan de patiënt praktisch doen - duidelijk besluit.'
 - 'Een haalbare tijdsplanning opstarten en deze strikt naleven.'
 - 'Zorg voor rustpunten.'

¹⁸ www.okra.be

- 'Korte tijdsduur, geen pauze.'
- 'Niet te veel willen zeggen tijdens één sessie, herhalingen inbouwen.'
- Maak een draaiboek.
 - 'Eens je het eenmaal georganiseerd hebt, bespaar je daarna veel tijd omdat je het draaiboek kent.'
- Wees voorbereid op zaken die mis kunnen gaan.
 - 'Ik heb steeds vanalles bij voor als er zaken mis gaan (plan B).'
 - 'Elektrische panne, zeer weinig volk/heel veel volk.'
 - 'Test alles eens voor de echte sessie.'
- 'Besef dat men toch maar 3 dingen onthoudt van je uiteenzetting, stuur je mensen over wat ze best onthouden.'

Tip 12: Volg een bijscholing. (4)

- 'Belangrijk is te weten hoe volwassenen leren, hoe groepsdynamica in elkaar zit, hoe informatie meegedragen wordt en op termijn effect heeft. Vooraf bijscholen is belangrijk. Niet zomaar beginnen...'
- 'Via *Cédric Hèle Instituut*¹⁹ (psychosociale oncologie) heb ik vormingen rond psycho-educatie gevolgd, deze waren steeds zeer waardevol. Ook *The Human Link*²⁰ is goed in het ondersteunen van de noden.'

Tip 13: Evalueer, maar 'laat je niet te snel ontgoochelen door de beperkte resultaten die je soms boekt.' (6)

- 'Jaarlijkse evaluatie met medewerkers.'
- 'De individuele verwachting vooraf checken, nadien evalueren wat er aantikte.'
- 'Niet teveel van verwachten, sommige thema's slaan aan en andere niet.'

D UITVOERING/DIDACTIEK

Tip 14: 'Op maat werken', 'pas je aan aan de doelgroep.' (16)

- 'Inhoud zo dicht mogelijk bij hun leefwereld doen aansluiten.'
 - 'Werken met dagdagelijkse voorbeelden die herkenbaar zijn voor de patiënten.'
 - 'Flexibel kunnen inspelen op 'trends' is een pluspunt (bijvoorbeeld: mindfulness, stevia, ...).'
 - 'Nood aan voldoende praktisch gerichte insteek voor patiënten.'
- 'Begrijpelijk (spreek de taal van je publiek), boeiend (zorg voor een goed verhaal) en bondig houden (*to the point* blijven).'
- Herhalen!
- 'Bij anderstalige deelnemers geen PowerPoint met tekst gebruiken, gebruik een tolk om discussie en gesprek te voeren.'

Tip 15: 'Een goede spreker doet de avond slagen.' (9)

- 'Enthousiasme en passie over het onderwerp.'
- 'Wees rustig, zeker overkomen.'
- 'Familiaire, niet belerende aanpak.'
 - 'Zorg dat je niet belerend bent, maar objectieve info geeft en laat de deelnemers hier dan over nadenken.'
- 'Afgesproken tijdslimieten respecteren.'
- 'Ga er gewoon voor, je zal het enthousiasme bij je patiënten voelen en je komt dingen te weten die je *face-to-face* nooit zou weten. En nu spreek ik over zaken die belangrijk zijn om mensen met een chronische aandoening te begeleiden.'

Tip 16: Gebruik een aandachtstrekker. (4)

- Probeer in het begin uw publiek te boeien. Dat kan door anekdote, cartoon, voorstelronde via een leuk spel, ...

Tip 17: Wissel veel af van didactische werkvorm (doceren, praktische-/denkoefeningen, discussie, film, spelmethode, quiz, multimedia ...). (14)

- 'Afwisselende methodiek is interessanter, maar niet evident om externe sprekers hiertoe te bewegen.'
- 'Een evenwicht voorzien tussen info en ruimte voor onderling contact.'
- 'Het heel praktisch houden, als het kan ze zelf iets laten doen.'
 - 'Bijvoorbeeld bij het thema bewegen ook effectief laten bewegen.'
 - 'Bijvoorbeeld patiënten zichzelf laten voorstellen.'
 - 'Niet louter theorie, maak er ook iets praktisch van. Bijvoorbeeld ook etiketten lezen, proevertjes met andere zoetmiddelen, reflectie over eigen voedingsgewoonten aan de hand van voedingsdriehoek, ...'
- 'Patiënten ook steeds belonen (met gratis staaltjes).'
- 'In verband met diabeteseducatie is het werken met *communication map* (van de firma Lilly) heel nuttig als leidraad. Discussie is belangrijk.'
- 'Als u lang moet praten, is het interessant voor de luisteraars dat u afwisselt met een collega.'

Tip 18: Zoveel mogelijk interactief werken. (30)

¹⁹ www.cedric-heleinstituut.be

²⁰ www.thehumanlink.be

- 'Veel vragen stellen zodat dynamiek tussen patiënten ontstaat.'
- 'Cursisten van elkaar laten leren.'
 - o 'Men leert erg veel van elkaar en vindt steun bij elkaar, lotgenotencontact.'
 - o 'Het antwoord door patiënten zelf laten zeggen: als het van collega patiënten komt, onthouden ze het beter.'
 - o 'Zelf niet altijd aan het woord zijn - luisteren naar de ervaringen van de patiënten.'
- 'Goeie moderator is belangrijk. Iedereen moet aan bod komen.'
- 'Kwaliteit van de interactie is zeer belangrijk.'
- 'Een participatieve manier van werken blijft het langste bij en zal hen meer motiveren om zelf aan hun gezondheid te werken.'
- CAVE beroepsgeheim bij werken vanuit voorbeelden vanuit de groep!
 - o 'Bijvoorbeeld bij het thema cholesterol persoonlijke labo's uitprinten.'
 - o 'Ik merk dat Belgen minder open zijn over hun medische zaken. Op een voordracht over diabetes voor ouderen gaven 2 van de 60 aanwezigen aan dat ze diabetes hadden. Dat waren er natuurlijk zeker meer. Wellicht speelt dit een rol bij het aanmelden voor groepseducatie.'

Tip 19: Gebruik van didactisch materiaal. (13)

- 'Zeer visueel en praktisch werken.'
- 'Interactief werken met materialen.'

Tip 20: Combineer met andere vormen van patiënteneducatie. (8)

- 'Brochures en info meegeven om thuis na te lezen.'
- 'Steeds informatie meegeven met contactgegevens.'
- 'Huiswerkopdracht geven.'
- 'Combineer gespreksgroep met infoavonden om een groter aantal mensen te kunnen bereiken.'

Tabel 3 - Valkuilen

A PROMOTIE

Valkuil 1: Gebrekkige bekendmaking (12)

- 'Het onvoldoende informeren van artsen.'
- 'Bewaken dat uitnodigingen verstuurd worden en dat er bekendheid aan gegeven wordt.'
- 'Men moet tijd geven om iets op te starten.'
- 'Drempels om aanwezig te zijn op de groepsessie in kaart brengen en trachten flexibel te zijn.'
 - o 'Sleutelfiguren uit de wijk zijn nodig om een allochtoon publiek te bereiken.'
 - o 'Het is makkelijk om een geïnteresseerd publiek te bereiken, maar je moet vooral ook inspanningen leveren om hen te bereiken die het echt nodig hebben. Naar hen moet je zelf naartoe stappen en samenwerken met bestaande netwerken.'

Valkuil 2: Slechte timing van de sessie. (5)

- Overdag versus avond = afhankelijk van je doelpubliek.
 - o 'Indien diabetes: zien dat het voor iedereen toegankelijk is: de niet-mobiele 70-plusser, maar ook nog de 50-plusser die aan het werk is.'
 - o 'Avondsessies zijn meestal goed als je ook de (werkende) mantelzorgers wil aantrekken.'

Valkuil 3: Onduidelijke promotie en overaanbod. (6)

- 'Mensen komen makkelijker als er iets praktisch in de aankondiging zit. Bijvoorbeeld, de babymassage loopt beter dan moedergroep...'
- 'Duidelijk maken om welk soort sessie het gaat: educatie of begeleiding bijvoorbeeld.'
- 'Betaalbaar aanbod.'
- 'Dat mensen op een andere locatie staan.'
- 'Steeds dezelfde mensen komen naar verschillende sessies die bedoeld zijn om een gevarieerd aantal personen te bereiken.'

B PRAKTISCHE ORGANISATIE

Valkuil 4: Problemen met de faciliteiten. (8)

- 'Grootte van de zaal niet in verhouding met het aantal deelnemers.'
- 'Zorgen voor een goede en een aangename locatie.'
- 'De locatie delen met andere activiteiten/doeleinden geeft vroeg of laat problemen.'
- 'Toegankelijke en gekende locatie.'
- 'Genoeg ruimte voorzien voor de demo momenten, zodat iedereen goed kan zien en horen.'

Valkuil 5: Te grote groep. (6)

- Werken met inschrijvingen?

- 'We werkten met inschrijvingen, maar er dagen toch altijd mensen op die niet zijn ingeschreven. Hier moet men rekening mee houden.'
- 'Soms komen er ook mensen die niet ingeschreven waren => lastige reacties.'
- 'Bij succes mag het aantal inschrijvingen niet ten koste gaan van kwaliteit, gespreid in het land organiseren, dicht bij de mensen.'

Valkuil 6: Samenstelling van de groep. (6)

- Patiënten selecteren of niet?
 - 'Bij een eventueel tekort aan deelnemers bestaat de verleiding om af te wijken van je doelgroep en om ook andere geïnteresseerden te laten deelnemen. Dit heeft een negatieve invloed op de inhoudelijke kwaliteit van je aanbod. Deelnemers ervaren de vorming positiever bij een homogene deelnemersgroep (meer interactie en uitwisseling).'
 - 'Bij het thema voeding is er vaak een moeilijke doelgroep. Mensen hebben vaak al een heel traject achter de rug. Motivatie en engagement zijn thema's om extra aandacht aan te schenken.'
 - 'Goede motivatie, goed begrip van de Nederlandse taal en, eventueel aparte groepen voor bijvoorbeeld bejaarden.'
 - 'Geen patiëntselectie!'
- 'Groepssamenstelling is belangrijk, maar voor de motivatie van de deelnemers is ook de steun van de mensen rondom hen belangrijk.'

Valkuil 7: Financiën. (7)

- 'Betalingen moeten stipt worden uitgevoerd. Stiptheid is een enorm hulpmiddel! Struikel niet over het gebrek aan geld. Organiseer de sessie toch en zoek naar vrijwilligers en manieren van werken die betaalbaar zijn.'
- 'De balans voorbereidingstijd/vergoeding moet in evenwicht zijn. Meestal is dit niet het geval. Patiënten houden ook niet van groepen en geven voorkeur voor individuele aandacht. De kostprijs van een groepsessie moet daarom aanzienlijk lager zijn dan van individueel consult.'
- Goede afspraken maken met betrekking tot de financiën!
- 'Tijd uittrekken voor evaluatie en aanvragen van subsidies.'

Valkuil 8: Gebrek aan draagvlak (9)

- 'Collega's zien de groepsessie niet altijd als een meerwaarde, maar eerder als verloren tijd.'
- 'Twee keer hetzelfde organiseren heeft geen nut. Krachten bundelen is beter. Ga vooraleer iets te organiseren op zoek naar eventuele partners die hetzelfde reeds doen.'
- 'Werken met externe sprekers vergt veel tijdsinvestering. Regelmatig dient er iemand af te zeggen en dan moet je tijdig alle ingeschreven mensen kunnen inlichten.'
- 'Zaken die fout liepen in verband met de briefing.'

C VOORBEREIDING

Valkuil 9: Onvoldoende voorbereiding. (19)

- 'Eerst nagaan of er behoefte is aan dergelijke initiatieven alvorens te beginnen!'
- 'Bewaak dat je dezelfde en correcte informatie geeft.'
 - 'Continu actualiseren van de besproken informatie is noodzakelijk aan de hand van recente onderzoeksgegevens.'
- 'Er kan meer administratie bijkomen door onvoorziene omstandigheden.'
- 'Tijdsintensief.'
- 'Het is belangrijk om vooraf goed te concretiseren voor welke doelgroep, welke doelen, hoe frequent, ... de sessies moeten plaatsvinden. Dat geeft veel duidelijkheid en een zekere richting aan wat de groepsessies (kunnen) betekenen.'
- Evalueer.
 - 'Bereidt u goed voor en neem mogelijke aanpassingen en tips mee zodat u deze in uw voordracht kunt aanpassen. U moet dit regelmatig doen wanneer u uw sessie meerdere keren geeft.'

Valkuil 10: Slecht time management. (11)

- 'Beschikbare tijd niet overschatten.'
- 'Laat je niet meeslepen door je eigen geestdrift waardoor je serieus kunt uitlopen in tijd. Wij zijn gestart met een infosessie van een uur en geëindigd met een van meer dan drie uur. Daardoor hebben we ons concept moeten aanpassen en bijsturen. Een van de gevolgen is dat je de patiënten overlaadt met info waardoor ze de essentie niet meer mee hebben en waardoor de aandacht ook verdwijnt tijdens de sessie.'
- 'Zorg voor voldoende pauzes wanneer de doelgroep bestaat uit hoofdzakelijk patiënten. Zij kunnen zich vaak niet lang concentreren, of kunnen niet lang stilzitten.'
- 'Je bent te laat door een ongeval op de weg.'

Valkuil 11: Niet aangepast aan de doelgroep. (19)

- 'Geen mengeling van drie talen voor een sessie, liever drie keer dezelfde sessie in drie verschillende talen.'

- 'Goed luisteren naar de nood van de doelgroep en probeer niet zelf te beslissen wat de doelgroep volgens jou nodig heeft. Je hebt het meeste succes als het vanuit een signaal of hulpvraag van de doelgroep komt.'
- 'Geen vakjargon gebruiken.'

Valkuil 12: Te veel informatie willen geven in één sessie. (17)

- 'Mensen zitten vaak met heel simpele vragen. Ga daarop in en wees voorzichtig met een te complexe uitleg. Bespreek liever een beperkt onderwerp in plaats van te veel willen overbrengen.'
- '*Less is more*: het houden op het meest essentiële.'
- 'Steek niet teveel info in een sessie, want dat krijg je meestal niet afgewerkt.'

Valkuil 13: Te hoge verwachtingen hebben. (10)

- 'Een andere valkuil is dat je soms te snel resultaat wil zien of dat je wil dat mensen bijvoorbeeld hun voedingsgedrag veranderen. Het is in de eerste plaats belangrijk om een doel voorop te stellen dat haalbaar is, bijvoorbeeld: het doel van *fit en fun ladies* is zich amuseren in het samen sporten, het zelfwaarde gevoel verhogen. Ze zijn op die manier al gezond bezig zonder dat ze bijvoorbeeld 10 kg afvallen'
- 'Niet opgeven na de eerste keer.'
- 'Niet te grootschalig willen starten.'

D UITVOERING/DIDACTIEK

Valkuil 14: Houding/retoriek van de spreker. (17)

- 'Niet te belerend, niet eentonig (stemintonatie), niet boven de hoofden spreken.'
- 'Liefst rondlopen en uitvoerig met lichaamstaal werken, verzorgd uiterlijk.'
- 'Geen angst hebben van herhaling.'
- 'Bewaak de tijd.'
- 'Competitiedrang, haantjesgedrag, negatief vergelijken tussen de deelnemers onderling.'
- 'De duurste sprekers zijn niet altijd de beste. Mensen die ervaring hebben met de ziekte kunnen ook goede tips geven.'
- 'Ik denk dat je moet opletten dat het niet teveel een routine is. Dan breng je het met veel minder overtuiging en passie.'
- 'Controle verliezen over de groep, aandacht bij het onderwerp en uw doel houden.'
- 'Teveel vasthangen aan planning.'

Valkuil 15: 'Ex cathedra, brengt niets bij.' (12)

- 'Ga niet alleen doceren. Dat wordt saai en blijft de mensen niet bij. Vertrek eerder vanuit de praktijk en geef voorbeelden.'
- 'Humor gebruiken en verrassende beelden tonen (mag zelfs confronterend zijn).'

Valkuil 16: Onvoldoende (tijd voor) interactie. (13)

- 'Tijd voor interactie is een must, dus bouw voldoende tijd in zodat er een gesprek kan ontstaan.'
- 'Tijd voorzien voor vragen. Bevraag ook tijdens de sessie ervaringen van deelnemers.'
- 'De deelnemers zoveel mogelijk betrekken bij de sessie. Zorg voor interactie (geen eenrichtingsverkeer). Dat is ook afhankelijk van de soort groepsessie. Bij rookstopbegeleiding is de taak van een begeleider toch wel anders dan deze van een hulpverlener die informatie geeft rond bijvoorbeeld een bepaalde aandoening, ... Als rookstopbegeleider bijvoorbeeld is het van belang om voornamelijk de deelnemers aan het woord te laten, verder actief te luisteren en het gesprek vlot te laten verlopen. Dat wil niet zeggen dat er geen adviezen gegeven mogen worden, maar vaak geven de deelnemers elkaar reeds veel hulpmiddelen om de rookstop te kunnen verder zetten. Bij het geven van informatie rond een aandoening is de hulpverlener de persoon die de meeste tijd aan het woord is. Interactie met de aanwezigen en het gebruik van didactisch materiaal blijft echter belangrijk. Door alles zelf te vertellen zou de aandacht en interesse van het publiek kunnen verzwakken.'

Valkuil 17: Ongepaste interactie. (11)

- 'Er kunnen stoorzenders in de groep kunnen zitten.'
- 'Opletten voor deelnemers die te persoonlijke vragen stellen en daardoor alle aandacht naar zich toetrekken.'
- 'Niet persoonlijk worden met een toehoorder (wel nadien).'
- 'Moeilijke vragen parkeren.'
- 'Vragen tijdens de sessie goed coördineren. Bij voorkeur vragen beantwoorden na de sessie.'

Valkuil 18: CAVE beroepsgeheim. (1)

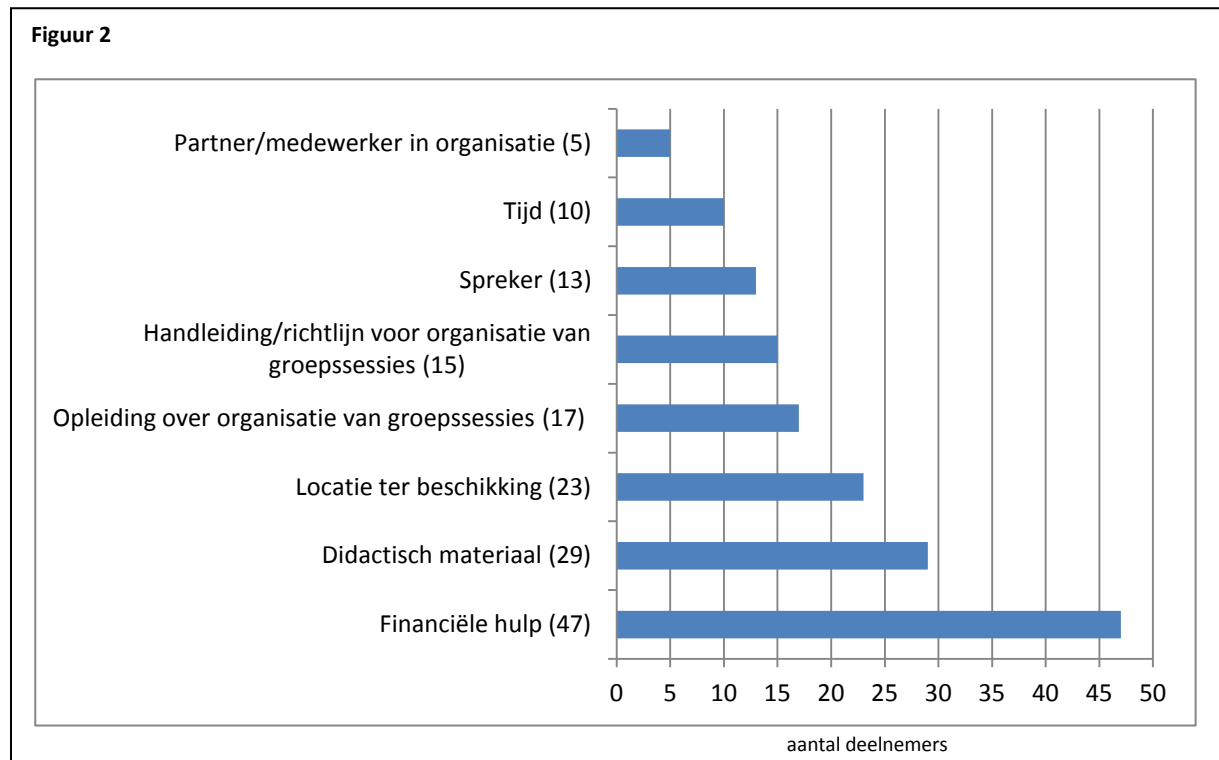
Valkuil 19: Problemen didactisch materiaal. (6)

- Te veel tekst op PowerPoint, taalgebruik.
- Deelnemers zijn vaak oudere mensen, dus maak de letters op de PowerPoint niet te klein!
- 'Materiaal dat niet wil meewerken. Daarom best voordien testen.'
- 'Genoeg tijd en ruimte voorzien voor de demo momenten, zodat iedereen goed kan zien en horen.'

Valkuil 20: Groepsessie vervangt individuele counseling niet! (1)

Welke noden ondervinden de organisatoren in de organisatie van groepseducatie?

Op de vraag of de deelnemers hulpmiddelen misten die hen de stap zouden doen zetten om meer aan groepseducatie te doen, antwoordden 78 (53%) deelnemers ja. Welke hulp de deelnemers wensen, wordt weergegeven in figuur 2. Meerdere antwoorden waren mogelijk.



De hulp die het meeste wordt gevraagd, is financiële hulp. Die zou volgens 30 deelnemers moeten komen via nomenclatuur bij het RIZIV²¹ en terugbetaling via de mutualiteiten. Er bestaat reeds een nomenclatuur voor collectieve voorbereiding van zwangere vrouwen door de vroedvrouw. Buiten het ziekenhuis kan een erkende vroedvrouw 8.51€ per zwangere vrouw in een groep van 6 tot en met 10 zwangere vrouwen aanrekenen (RIZIV, 2013). Echter, dat is volgens de vroedvrouwen uit de enquête, onvoldoende om de kosten te dekken. Andere zorgverstrekkers hebben geen nomenclatuurnummer voor groepseducatie. In mindere mate worden lokale overheden en privé organisaties genoemd als mogelijke bronnen voor financiële hulp. Ook binnen de eigen organisatie vinden 4 deelnemers dat meer geld of personeel kan vrijgemaakt worden voor groepseducatie. Er werd al financiële hulp verstrekt bij 61 (41%) deelnemers, voornamelijk vanuit de eigen organisatie/werkgever (23) en lokale, regionale en nationale overheden (11). Slechts 7 deelnemers rekenden de kost door aan de patiënt. Mutualiteiten, privé organisaties en vzw's leverden aan

²¹ RIZIV, voluit: rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering

respectievelijk 8, 6 en 5 deelnemers financiële hulp. Opmerkelijk is dat van de 61 deelnemers die financiële hulp ontvingen, er toch 20 waren die nog een financiële nood ondervonden.

Didactisch materiaal wordt na financiële hulp het vaakst gevraagd. Opmerkingen van de deelnemers waren dat didactisch materiaal meestal duur en in een andere taal dan het Nederlands is. Vele deelnemers maken het didactisch materiaal zelf. Hier kruipen vele uren (gemiddeld 6 uur) voorbereidingswerk in. Eenmaal gemaakt, kan het wel, mits eventuele aanpassingen, hergebruikt worden. Toch blijft tijd voor 10 deelnemers een belangrijke drempel voor het organiseren van groepssessies.

Op de derde plaats staat een nood aan een locatie. In ziekenhuizen en grote groepspraktijken is meestal een ruimte beschikbaar. Anderen moeten op zoek naar een locatie (parochiezaal, cultureel- of gemeenschapscentrum, ziekenhuis, dienstencentrum, ...), al dan niet betalend (34 deelnemers betaalden voor de huur van de locatie).

Opleiding, handleiding/richtlijn, spreker en partner in de organisatie vullen het lijstje van noden aan.

CONCLUSIES

Er zijn slechts een beperkt aantal studies die zich focussen op patiënteneducatie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Er werden positieve resultaten gevonden voor interventies rond prenatale zorg, de preventie van vaatziekten en de aanpak van risicofactoren zoals roken, ongezonde voeding, fysieke inactiviteit, alcohol en overgewicht. Er werden meer studies gevonden die niet gebonden waren aan een specifieke setting. In de literatuur werden er argumenten gevonden voor het nut van groepseducatie voor: de communicatie bij kinderen en adolescenten met een broer of zus met kanker, om screening naar borst- en cervixkanker te bevorderen, bij patiënten met diabetes type 2 met betrekking tot de patiëntentevredenheid en de kosteneffectiviteit, in de pre- en postnatale zorg, bij chronische pijn op korte tot middellange termijn, voor *coping* bij reumatische aandoeningen, om de levenskwaliteit bij patiënten met epilepsie te bevorderen en bij kleuters ter preventie van ongevallen. Voor andere thema's werden er bewijzen voor de doeltreffendheid van verschillende types van patiënteneducatie, waaronder groepseducatie, gevonden. Er werd echter geen uitspraak gedaan over het nut van groepseducatie specifiek. Deze thema's waren: het stimuleren van beslissen na *informed consent*, het bevorderen van zelfzorg bij patiënten met type 2 diabetes mellitus, het promoten van het mediterrane dieet, psycho-educatie bij patiënten met schizofrenie, de behandeling van astma patiënten, het verhogen van de kennis over HIV en AIDS bij oudere volwassenen en het verminderen van postoperatieve pijn na het plaatsen van een totale knie- of heupprothese. Tenslotte waren er thema's waarover de literatuur inconsistent was. Bijvoorbeeld over de screening naar darmkanker, bij patiënten met diabetes mellitus type 2 met betrekking tot verbetering van het HbA1c, de BMI, de bloeddruk, het lipidenprofiel en de preventie van ulcera en amputaties, bij patiënten met gedocumenteerd coronair lijden, bij werknemers om het cardiovasculair risico te verlagen, bij schizofrene patiënten om de therapietrouw te verbeteren en bij chronische lage en niet-lage rugpijn op lange termijn.

Een consistente bevinding was dat een combinatie van verschillende interventies succesvoller is dan één enkele interventie. Die bijkomende interventies kunnen andere vormen van patiënteneducatie zijn, maar kunnen ook gericht zijn op de zorgverlener of op het verlagen van drempels. In dit onderzoek werden er verder weinig harde bewijzen gevonden voor de doeltreffendheid van groepseducatie. Één van de redenen hiervoor is het beperkt aantal studies die specifiek over groepseducatie gaan. Veel studies gaan over patiënteneducatie in het algemeen, maar vergelijken de doeltreffendheid van de verschillende vormen van patiënteneducatie niet met elkaar. Een tweede reden is dat in een aantal studies wel een positief effect gevonden werd, maar dat het resultaat niet voldoende relevant is. Zo werd er bij groepseducatie bij jonge kinderen ter preventie van ongevallen

een positief effect gevonden met betrekking tot hun kennis, gedrag en attitude, maar werd niet geregistreerd of dit leidde tot een vermindering van ongevallen. Bij oudere volwassenen konden educatieve sessies hun kennis over HIV en AIDS verhogen, maar werd niet bewezen dat dit ook effectief leidde tot een verminderd risicogedrag. Een derde reden voor de beperkte bewijzen is een tekortkoming in de methode van de literatuurstudie. Mogelijks werden een aantal artikels gemist omdat er verschillende termen gebruikt worden om groepseducatie te benoemen. Er werd gezocht met de zoektermen: *patient education*, *group teaching*, *group learning* en *group intervention*. Bij het verwerken van de resultaten bleek echter dat ook termen als *family education*, *group visit* en *group (medical) appointment* in de artikels gebruikt werden om groepseducatie te beschrijven. Tenslotte werden een aantal artikels niet gebruikt wegens gebrek aan budget of omwille van de taal.

Vermoedelijk is patiënteneducatie wél doeltreffend voor meer thema's en in meerdere settings. Bijkomend onderzoek is nodig om dit aan te tonen. Onderzoek wordt evenwel bemoeilijkt door de heterogeniteit van de studies. Er bestaan grote verschillen in het opzet van groepseducatie, zowel qua didactische aspecten als in de organisatie. Ook de setting waarin de educatie gegeven wordt, kan de doeltreffendheid beïnvloeden. Daarnaast kan de intensiteit (duur van het contact en frequentie van de contactmomenten) van de interventies een invloed hebben op het succes ervan. Bijvoorbeeld bij de behandeling van astma, het promoten van borstvoeding en rookstop bleken intensievere interventies meer slaagkans te hebben. Daarentegen, in een andere studie over interventies om ongezonde voeding, alcohol, fysieke inactiviteit en overgewicht aan te pakken, waren interventies met een lage intensiteit even effectief als interventies met hoge intensiteit. Dat heeft belangrijke implicaties voor de kostenefficiëntie van dergelijke interventies. Wanneer verder onderzoek gedaan wordt, moet hier aandacht aan geschonken worden. Ook dient er onderzoek te gebeuren hoe groepseducatie het best georganiseerd wordt en in welke setting dit het meest efficiënt is.

De thema's die teruggevonden worden in de literatuurstudie, komen overeen met diegene die in de enquête het meest naar voren komen: voeding, diabetes, zwangerschap/kraamtijd, psychisch welzijn, fysieke activiteit, kanker en psychiatrie. Verschillende thema's kunnen gecombineerd worden in één groepsessie. Uit de literatuur blijkt dat dit de effectiviteit niet hoeft te compromitteren op voorwaarde dat de thema's in een samenhangend kader verwerkt worden. De lijst in tabel 1 geeft een goed idee van de thema's waarover groepsessies in Vlaanderen gaan, maar de aantallen zijn niet representatief voor het werkelijk aantal groepsessies die plaatsvinden. Dat komt voornamelijk doordat er in de tabel geen rekening gehouden wordt met de frequentie

waarmee een deelnemer de sessie organiseert. Uit de enquête blijkt dat de frequentie van organisatie zeer uiteenlopend kan zijn (gemiddeld 31). Dat cijfer is hoogstwaarschijnlijk een flinke overschatting; de mediaan (7) geeft een beter idee over hoe vaak een deelnemer een groepsessie heeft georganiseerd. Vermoedelijk hebben vele deelnemers het totaal aantal sessies dat ze ooit gegeven hebben, samengeteld en niet het aantal keer dat ze een specifieke sessie gegeven hebben. Daarnaast moet er ook een onderscheid gemaakt worden tussen organisatoren die tevens spreker zijn, en het didactisch materiaal ontwikkelen, en organisatoren die zich puur met de organisatie bezighouden en een spreker uitnodigen die het didactische luik voorziet. Die laatste groep zal veel frequenter groepsessies over verschillende thema's kunnen organiseren. In de enquête werd hier geen onderscheid in gemaakt.

De meerderheid van de deelnemers van de enquête zijn medici en paramedici. Een groot deel, 43%, heeft echter geen (para)medische opleiding gevolgd. Dit hoeft geen probleem te zijn om een groepsessie over een medisch topic te organiseren. Vele organisatoren nodigen immers een spreker uit die gespecialiseerd is in het thema. Er kan evenwel geen exact cijfer gegeven worden over het aantal organisatoren dat een spreker uitnodigt omdat dit niet specifiek bevraagd werd in de enquête. In totaal namen 148 deelnemers deel aan de enquête. Dit is slechts een beperkt deel van het totaal aantal organisatoren van groepsessies in Vlaanderen. De deelnemersgroep blijkt wel een heterogene groep te zijn, zowel qua opleiding, werkomgeving en -ervaring als thema's waarover groepseducatie georganiseerd wordt. Daarnaast zijn de meeste adviezen die geformuleerd werden niet thema- of settinggebonden. Bijgevolg zijn de tips en valkuilen interessant voor organisatoren uit alle disciplines.

Een tip die in de enquête slechts kort aangehaald werd, maar die voor huisartsen wel erg belangrijk is, is het nagaan welke groepsessies al in de omgeving georganiseerd worden. Doorverwijzen naar reeds georganiseerde groepsessies bespaart tijd en kosten. Langs de andere kant is de drempel om groepseducatie in de eigen praktijk bij te wonen lager dan bij een doorverwijzing. Zowel in de literatuur als in de tips van de enquête wordt de focus gelegd op het verlagen van drempels om de effectiviteit van groepseducatie te verhogen. Verschillende strategieën kunnen verschillende drempels aanpakken. De combinatie van verschillende interventies is dan ook meer doeltreffend. Groepsessies zijn een zinvolle aanvulling op de individuele consultatie, maar ze kunnen de individuele consultatie niet vervangen! Een ander aandachtspunt bij de keuze van een thema voor groepseducatie in de huisartsenpraktijk is de mogelijks beperkte subpopulatie van de praktijk die hiermee geholpen kan worden. Voor groepseducatie over zeer specifieke ziektes, bijvoorbeeld epilepsie of schizofrenie, komen slechts een klein aantal patiënten in aanmerking in vergelijking met

groepssessies over vermageren of stresshantering. Een mogelijke oplossing voor een kleine subpopulatie is het samenwerken met verschillende praktijken voor de organisatie van groepseducatie. Hierbij dienen de organisatoren erop attent te zijn dat het voor artsen verboden is om patiënten te ronselen²². Ook moet uiteraard het beroepsgeheim (art. 458 Sw.) bij alle groepssessies geëerbiedigd worden. Thema's die zich toeleggen op preventie, lijken zeer geschikt voor groepssessies in de huisartsenpraktijk. Hierin is drempelverlaging extra belangrijk. Bij thema's zoals diabetes en kraamzorg daarentegen waarbij groepssessies al frequent en succesvol georganiseerd worden, lijken de voordelen van doorverwijzing toch doorslaggevend te zijn. Naast het organiseren van groepssessies in de eigen praktijk, zijn er andere manieren om drempels te verlagen, bijvoorbeeld zelf het initiatief nemen om een afspraak voor de patiënt te regelen. Zowel de enquête als gegevens uit de literatuur geven wel aan dat de groep waaraan een sessie gegeven wordt, niet te groot mag zijn. Uit de enquête komt een grootte van ongeveer 10 personen als ideaal naar voren. Dat is belangrijk om interactie en ondersteuning door lotgenoten mogelijk te maken, hetgeen een van de voornaamste voordelen is van groepseducatie.

Verder komen volgende tips het meest naar voren uit de enquête: zoveel mogelijk interactief werken, een goed team zoeken om je te omringen, een goede voorbereiding, op maat werken en een goede promotie. Die tips worden ook teruggevonden in de literatuur. Zo wordt interactief werken en het gebruik van een spel als didactische werkvorm benadrukt bij groepseducatie bij kleine kinderen. Ook wordt aangeraden de ouders hierbij te betrekken. Op maat werken is echter niet enkel het afstellen op de leeftijdscategorie (*CAVE ageism* bij ouderen), maar ook op het taalgebruik en de culturele achtergrond van het publiek. Ook het didactisch materiaal moet aangepast worden aan het publiek (bijvoorbeeld door het gebruik van afbeeldingen van allochtone personen bij een allochtoon publiek). Eventueel kan een cultureel bemiddelaar ingeschakeld worden om etnische subpopulaties beter te bereiken. Teamwork en multidisciplinaire samenwerking worden ook benadrukt in de literatuur. Tenslotte is het belangrijk om de verwachtingen van de patiënten vooraf te bevragen en de eigen verwachtingen niet te hoog te leggen.

De meest voorkomende valkuilen (onvoldoende voorbereiding, niet aangepast aan de doelgroep, onvoldoende interactie) komen goed overeen met de belangrijkste tips. Daarnaast worden de welsprekendheid van de spreker, of eerder het gebrek hieraan, en het geven van teveel informatie in één sessie aangehaald als belangrijke valkuilen.

²² Het is verboden, onder welke vorm ook, patiënten te ronselen (Code van geneeskundige plichtenleer, Art. 19§1).

In deze masterproef worden tips en valkuilen in de organisatie van groepsessies geïdentificeerd. Echter slechts 15 deelnemers (10%) hebben nood aan een handleiding of richtlijn om groepsessies te organiseren. Op de voorgrond staat vooral een vraag naar financiële hulp die door bijna 1 op 3 deelnemers aanzien wordt als een nood om meer aan groepseducatie te doen. Dat is vermoedelijk een onderschatting aangezien een deel van de deelnemers geen zicht heeft op de effectieve kostprijs. Ze voeren hun taken immers uit in opdracht van hun werkgever. Tijd wordt door 10 deelnemers aanzien als nood en houdt mijns inziens verband met de financiële nood. Een mogelijke oplossing voor de financiële nood is het doorrekenen aan de patiënten. Daardoor wordt de drempel echter verhoogd. Er zijn dan ook weinig organisatoren die daarvoor kiezen. De deelnemers formuleerden enkele voorstellen om aan die financiële nood tegemoet te komen. Op de eerste plaats komt een nomenclatuur bij het RIZIV en terugbetaling via de mutualiteiten naar voren. Verder onderzoek is nodig om deze mogelijkheid verder uit te diepen.

REFERENTIES

Antonucci J. A new approach to group visits: helping high-need patients make behavioral change. *Fam Pract Manag* 2008;15:A6-8.

Art. 458 Sw.

Baron RC, Rimer BK, Breslow RA, et al. Client-directed interventions to increase community demand for breast, cervical, and colorectal cancer screening. *Am J Prev Med* 2008;35:S34-55.

Bravata DM, Sundaram V, Lewis R, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 5: Asthma Care). *Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)* 2007. Report No.: 04(07)-0051-5.

Briss P, Rimer B, Reilley B, et al. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *Am J Prev Med* 2004;26:67-80.

Brouwers MC, De Vito C, Bahirathan L, et al. What implementation interventions increase cancer screening rates? A systematic review. *Implement Sci* 2011;6:111.

Brown JPR, Clark AM, Dalal H, et al. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 12. Art. No.: CD008895.

Bruce B, McGrath P. Group interventions for the prevention of injuries in young children: a systematic review. *Inj Prev* 2005;11:143-7.

Christl B, Lloyd J, Krastev Y, et al. Preventing vascular disease – effective strategies for implementing guidelines in general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40:825-8.

Code van de geneeskundige plichtenleer. Nationale raad van de orde van geneesheren, uitgave juni 2010: hoofdstuk IV, artikel 19 §1.

Couldridge L, Kendall S, March A. 'A systematic overview – a decade of research'. The information and counseling needs of people with epilepsy. *Seizure* 2001 Dec;10:605-14.

de Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17:326-43.

Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, et al. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004;19:1228-39.

Dorresteijn JAN, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD001488.

Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005268.

Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, et al. Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:202-15.

Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 1997, Issue 1. Art. No.: CD000362.

Jochems AAF, Joosten FWMG. *Zakwoordenboek der geneeskunde*. 27e ed. Doetinchem (Ned.): Elsevier Gezondheidszorg, 2003: p. 101,166,353,360,424, 471,574,710.

Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiother Theory Pract* 2013;29:175-94. Epub 2012 Oct 4.

Lu M, Moritz S, Lorenzetti D, et al. A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. *BMC Public Health* 2012;12:413.

Merriam-Webster online dictionary. www.merriam-webster.com/dictionary/ (laatst geraadpleegd op 31/03/2013).

Milaszewski D, Greto E, Klochkov T, Fuller-Thomson E. A systematic review of education for the prevention of HIV/AIDS among older adults. *J Evid Based Soc Work* 2012;9:213-30.

Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clin J Pain* 2001;17:S114-27.

Nolan ML. Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *J Perinat Educ* 2009;18:21-30.

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67:2072-8.

Pasick RJ, Hiatt RA, Paskett ED. Lessons learned from community-based cancer screening intervention research. *Cancer* 2004;101:1146-64.

Pekkala ET, Merinder LB. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831.

Piscopo S. The Mediterranean diet as a nutrition education, health promotion and disease prevention tool. *Public Health Nutr* 2009;12:1648-55.

Riley SB, Marshall ES. Group visits in diabetes care: a systematic review. *Diabetes Educ* 2010;36:936-44.

RIZIV. Honoraria, prijzen en vergoedingen Vroedvrouwen – RIZIV tarieven 2013. Beschikbaar via: www.riziv.be/insurer/nl/rate/index.htm (laatst geraadpleegd op 21 februari 2013).

Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* 2012;43:97-118.

Savelkoul M, de Witte L, Post M. Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies. *Patient Educ Couns* 2003;50:133-43.

Scott JT, Pictor M, Harmsen M, et al. Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, Issue 4. Art. No.: CD004511.

Taggart J, Williams A, Dennis S, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract* 2012;13:49.

van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, et al. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Educ Couns* 2003;51:17-28.

van Driel M, Chevalier P. *Verklarende woordenlijst evidence-based medicine*. 3^e ed. Gent: Minerva vzw, 2008: p. 13.

Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, et al. Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;79:377-88.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 6. Art. No.: CD002831.

BIJLAGE 1 - ENQUÊTE

'People with low health literacy levels have poorer health outcomes than those with higher levels of health literacy' (Dewalt DA et al., 2004)

Het concept van *health literacy* is moeilijk te vertalen naar het Nederlands: gezondheidsvaardigheden, zelfredzaamheid? *Health literacy* heeft betrekking op de cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft om beslissingen rond gezondheid te maken. Dit kan gaan over het aannemen van een gezonde levensstijl, een goed gebruik maken van de gezondheidsvoorzieningen, therapietrouw ... De algemene basisopleiding draagt hier in belangrijke mate aan bij. Daarnaast kan men *health literacy* verhogen door middel van patiënteneducatie. Patiënteneducatie bestaat in verschillende vormen: individuele counseling, groepseducatie, folders en affiches, elektronische media, audiovisueel materiaal, ... In dit onderzoek leggen we de focus op groepseducatie en meer bepaald op de organisatie van groepsessies in Vlaanderen.

Alvast bedankt voor uw deelname aan deze enquête!

Het invullen van de enquête neemt ongeveer 20 minuten in beslag. Vragen aangeduid met een rood sterretje, zijn verplicht in te vullen.

Er zijn 82 vragen in deze enquête

Dr. Jolin Lippens, huisarts-in-opleiding
Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys (K.U.Leuven)

A ALGEMENE INFORMATIE

We beginnen met een korte bevraging van algemene gegevens en werkervaring. Alle gegevens worden anoniem verwerkt.

1 [a1]Wat is uw geslacht? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Vrouwelijk
- Mannelijk

2 [a2]U bent *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Arts
- Verpleegkundige
- Kinesitherapeut
- Maatschappelijk werker
- Diabeteseducator
- Diëtiste
- Tabacoloog
- Anders

3 [a2.1] *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 2a'arts' op vraag '2 [a2]' (U bent)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Huisarts
- Andere specialisatie

4 [a2.2] *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 2a'arts' op vraag '2 [a2]' (U bent) en Is 3a'huisarts' op vraag '3 [a2.1]'

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Solopraktijk
- Duopraktijk
- Groepspraktijk
- Forfaitaire (groeps)praktijk
- Anders

5 [a2.3]Specificeer uw specialisatie: *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 2a'arts' op vraag '2 [a2]' (U bent) en Is 3b'andere specialisatie' op vraag '3 [a2.1]'

Vul uw antwoord hier in:

6 [a2.4]U werkt in

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'tabacoloog' of 'diëtiste' of 'diabeteseducator' of 'maatschappelijk werker' of 'kinesist' of 'verpleegkundige' op vraag '2 [a2]' (U bent)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Een solopraktijk
- Een duopraktijk
- Een zelfstandige groepspraktijk
- Een forfaitaire (groeps)praktijk

- Een ziekenhuis
- Een polikliniek
- Anders

7 [a3]Hoeveel jaren praktijkervaring heeft u? *

Vul uw antwoord hier in:

8 [a4]Heeft u nog andere professionele nevenactiviteiten? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

9 [a4.1]Specificeer:

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '8 [a4]' (Heeft u nog andere professionele nevenactiviteiten?)

Vul uw antwoord hier in:

10 [a5]Volgde u een bijkomende opleiding, cursus of bijscholing over patiënteneducatie of didactiek in het algemeen? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

11 [a5.1]Specificeer:

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '10 [a5]' (Volgde u een bijkomende opleiding, cursus of bijscholing over patiënteneducatie of didactiek in het algemeen?)

Vul uw antwoord hier in:

B THEMA'S VOOR GROEPSESSIES

Verschillende thema's komen in aanmerking voor de organisatie van groepsessies. In de literatuur vinden we vooral groepseducatie rond diabetes mellitus, maar ook andere thema's zoals astma en COPD, zwangerschap, anticonceptie, IBS, palliatieve zorgen, ... komen aan bod.

12 [b1]

Over welk(e) thema('s) heeft u een groepsessie georganiseerd? Specificeer zo mogelijk.*

Selecteer alle toepasselijke antwoorden en geef uw commentaar:

- Diabetes mellitus
- Zwangerschap
- Borstvoeding
- Anticonceptie
- Rookstop
- Gezonde voeding / dieet
- Fysieke activiteit
- Kanker
- Valpreventie
- Slaapstoornissen

Anders:

13 [b2]Noteer hieronder de naam van een sessie. Zo u bij de organisatie van meerdere sessies betrokken was, kan u de namen hieronder 1 per regel invoeren. *

Vul uw antwoord hier in:

14 [2.1] Vul uw antwoord hier in:

15 [2.2] Vul uw antwoord hier in:

16 [2.3] Vul uw antwoord hier in:

17 [2.4] Vul uw antwoord hier in:

18 [2.5] Vul uw antwoord hier in:

19 [2.6] Vul uw antwoord hier in:

20 [2.7] Vul uw antwoord hier in:

21 [2.8] Vul uw antwoord hier in:

22 [2.9] Vul uw antwoord hier in:

23 [2.10] Vul uw antwoord hier in:

24 [b3]Welke andere thema's zijn volgens u geschikt voor het organiseren van groepssessies?

Vul uw antwoord hier in:

25 [b4]

Kies een van de thema's waarover u een groepssessie georganiseerd hebt en beantwoord de vragen in de volgende hoofdstukken over deze groepssessie.

Onderaan elk hoofdstuk heeft u de mogelijkheid opmerkingen te formuleren over deze vragen. In dit vak kan u bv antwoorden formuleren die van toepassing zijn op een groepssessie over een ander thema.

26 [b4.1]Over welke groepssessie gaat u de volgende vragen beantwoorden? *

Vul uw antwoord hier in:

C ORGANISATIE VAN DE GROEPSSESSIE

27 [c1]Met wie organiseerde u de groepssessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Alleen
- Samen met (een) collega('s) uit dezelfde discipline
- Samen met (een) collega('s) uit een andere discipline
- Samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline

28 [c1.1]Met welke andere disciplines werkte u samen?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is A4'samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline' of 'samen met (een) collega('s) uit een andere discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepssessie?)

Selecteer alles wat voldoet

- Arts
- Verpleegkundige
- Kinesitherapeut
- Diëtiste
- Diabeteseducator
- Tabacoloog
- Anders:

29 [c1.1.1]Mijn collega('s) uit (een) ANDERE discipline(s)

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is A4'samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline' of 'samen met (een) collega(s) uit een andere discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Was/waren collega(s) uit dezelfde praktijk/ziekenhuis als ik
- Was/waren collega(s) uit een andere praktijk/ziekenhuis als ik
- Waren collega's waarvan sommigen uit dezelfde en anderen uit een andere praktijk/ziekenhuis kwamen als ik

30 [c1.1.0]De arts(en) die mee de groepsessie organiseerden was/waren:

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 2f'diëtiste' of 'diabeteseducator' of 'maatschappelijk werker' of 'kinesitherapeut' of 'verpleegkundige' of 'tabacoloog' op vraag '2 [a2]' (U bent) en Is SQ001'arts' op vraag '28 [c1.1]' (Met welke andere disciplines werkte u samen?)

Selecteer alles wat voldoet

- (een) huisarts(en)
- (een) specialist(en)
- Zowel (een) huisarts(en) als (een) specialist(en)

31 [c1.2]Mijn collega(s) ARTS(en) die samen met mij de groepsessie organiseerden... (meerdere opties mogelijk)

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Scenario 1: Is 3a'huisarts' op vraag '3 [a2.1]' en Is A2'samen met (een) collega(s) uit dezelfde discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Of Scenario 2: Is 3a'huisarts' op vraag '3 [a2.1]' en Is A4'samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Selecteer alles wat voldoet

- Was/waren van dezelfde huisartsenpraktijk als ik
- Was/waren van een andere huisartsenpraktijk als ik
- Was/waren (een) specialist(en)

32 [c1.3]Mijn collega(s) ARTS(en) die samen met mij de groepsessie organiseerden

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Scenario 1: Is 3b'andere specialisatie' op vraag '3 [a2.1]' en Is A4'samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Of Scenario 2: Is 3b'andere specialisatie' op vraag '3 [a2.1]' () en Is A2'samen met (een) collega(s) uit dezelfde discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Waren (een) collega(s) met dezelfde specialisatie als ik
- Waren (een) collega(s) met een andere specialisatie als ik
- Waren collega's waarvan sommigen dezelfde en anderen een andere specialisatie als ik

33 [c1.2.1]Met welke specialisten werkte u samen? (graag benaming van de specialisatie(s) opgeven)

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Scenario 1: Is SQ003'was/waren (een) specialist(en)' op vraag '31 [c1.2]' (Mijn collega(s) ARTS(en) die samen met mij de groepsessie organiseerden... (meerdere opties mogelijk))

Of Scenario 2: Is A3'waren collega's waarvan sommigen dezelfde en anderen een andere specialisatie als ik' of 'waren (een) collega(s) met een andere specialisatie als ik' op vraag '32 [c1.3]' (Mijn collega(s) ARTS(en) die samen met mij de groepsessie organiseerden)

Of Scenario 3: Is SQ003'zowel (een) huisarts(en) als (een) specialist(en)' of '(een) specialist(en)' op vraag '30 [c1.1.0]' (De arts(en) die mee de groepsessie organiseerde(n) was/waren:)

Vul uw antwoord hier in:

34 [c1.4]Mijn collega('s) van DEZELFDE discipline

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'tabacoloog' of 'diëtiste' of 'diabeteseducator' of 'maatschappelijk werker' of 'kinesitherapeut' of 'verpleegkundige' op vraag '2 [a2]' (U bent) en Is A4'samen met collega's uit dezelfde en uit een andere discipline' of 'samen met (een) collega('s) uit dezelfde discipline' op vraag '27 [c1]' (Met wie organiseerde u de groepsessie?)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Was/waren collega('s) uit dezelfde praktijk/ziekenhuis als ik
- Was/waren collega('s) uit een andere praktijk/ziekenhuis als ik
- Waren collega's waarvan sommigen uit dezelfde en anderen uit een andere praktijk/ziekenhuis kwamen als ik

35 [c2]Waar vond de groepsessie plaats?

Vul uw antwoord hier in:

36 [c3]Heeft u voor het gebruik van de locatie moeten betalen?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

37 [c4]Hoe werden de patiënten gecontacteerd voor de groepsessie? Een of meerdere antwoorden aankruisen. *

Selecteer alles wat voldoet

- Affiche
- Folder
- Persoonlijke uitnodiging tijdens consult
- Brief aan huis
- Telefonische uitnodiging
- E-mail
- Oproep op website
- Sociale media
- Anders:

38 [c4.1]Welke sociale media heeft u gebruikt om patiënten uit te nodigen voor de groepsessie?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is SQ008'sociale media' op vraag '37 [c4]' (Hoe werden de patiënten gecontacteerd voor de groepsessie? Een of meerdere antwoorden aankruisen.)

Vul uw antwoord hier in:

39 [c5]

Opmerkingen mbt bovenstaande vragen kan u formuleren in het kader hieronder.

Zo u groepsessies over verschillende thema's georganiseerd hebt, kan u in dit kader ook antwoorden formuleren over andere thema's die verschillen van bovenstaande antwoorden.

Vul uw antwoord hier in:

D DOELGROEP VAN DE GROEPSSESSIE

40 [d1]Hoeveel patiënten namen deel aan uw groepsessie? (bij benadering invullen) *

Vul uw antwoord hier in:

41 [d2]Wie werd uitgenodigd voor de groepssessie? Duidt aan en specificeer in het vak ernaast.

Selecteer alle toepasselijke antwoorden en geef uw commentaar:

- Alle patiënten
- Patiënten uit een specifieke leeftijdscategorie
- Patiënten met een specifieke pathologie
- Mantelzorgers

Anders:

42 [d3]Hoe was de opkomst?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Zoals verwacht
- Boven de verwachtingen
- Beneden de verwachtingen

43 [d3.1]

Hebt u een verklaring waarom de opkomst minder, gelijk of meer was dan uw verwachtingen?

Graag uitleg en zo mogelijk identificatie van tips of valkuilen hieromtrent.

Vul uw antwoord hier in:

44 [d4]

Opmerkingen mbt bovenstaande vragen kan u formuleren in het kader hieronder.

Zo u groepssessies over verschillende thema's georganiseerd hebt, kan u in dit kader ook antwoorden formuleren over andere thema's die verschillen van bovenstaande antwoorden.

Vul uw antwoord hier in:

E DIDACTISCHE ASPECTEN MBT DE GROEPSSESSIE

45 [e1]

Welke van onderstaande didactische werkvormen gebruikte u tijdens uw groepssessie?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Graag een voorbeeld indien van toepassing.

Selecteer alle toepasselijke antwoorden en geef uw commentaar:

- Hoorcollege/doceren
- Discussie
- Demonstratie
- Opdrachten/oefeningen individueel
- Groepsopdrachten/-oefeningen
- Spelvorm

Anders:

46 [e2]Welk didactisch materiaal heeft u gebruikt?

Selecteer alles wat voldoet

- PowerPoint
- Overhead projector
- Film
- Hand-outs
- Voorwerpen
- Dia's
- Anders:

47 [e3]Werd de groepssessie gecombineerd met een andere vorm van patiënteneducatie op een ander moment? Zo ja, specificeer in de lijst hieronder.

Selecteer alles wat voldoet

- Individuele counseling, bv tijdens raadpleging
- Telefonische counseling/opvolging
- Geschreven materiaal, bv folder, patiëntenbrief, ...
- Film
- Computer software programma
- Internet site
- E-mail
- Sociale media
- Anders:

48 [e3.1]Welke sociale media hebt u gebruikt voor patiënteneducatie?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is SQ008'sociale media' op vraag '47 [e3]' (Werd de groepssessie gecombineerd met een andere vorm van patiënteneducatie op een ander moment? Zo ja, specificeer in de lijst hieronder.)

Vul uw antwoord hier in:

49 [e4]Werd de groepseducatie gespreid over verschillende contactmomenten (verschillende sessies om 1 thema af te werken)? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

50 [e4.1]Over hoeveel contactmomenten werd de groepseducatie gespreid? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '49 [e4]' (Werd de groepseducatie gespreid over verschillende contactmomenten (verschillende sessies om 1 thema af te werken)?)

Vul uw antwoord hier in:

51 [e4.2]Hoe lang duurden de afzonderlijke contactmomenten gemiddeld? (in uren, gebruik "." voor cijfers na de komma) *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '49 [e4]' (Werd de groepseducatie gespreid over verschillende contactmomenten (verschillende sessies om 1 thema af te werken)?)

Vul uw antwoord hier in:

52 [e4.3]Hoelang duurde de groepssessie? (in uren, gebruik "." voor cijfers na de komma) *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Nee' op vraag '49 [e4]' (Werd de groepseducatie gespreid over verschillende contactmomenten (verschillende sessies om 1 thema af te werken)?)

Vul uw antwoord hier in:

53 [e5]

Opmerkingen mbt bovenstaande vragen kan u formuleren in het kader hieronder.

Zo u groepssessies over verschillende thema's georganiseerd hebt, kan u in dit kader ook antwoorden formuleren over andere thema's die verschillen van bovenstaande antwoorden.

Vul uw antwoord hier in:

F FINANCIËLE ASPECTEN VAN DE GROEPSSESSIE

54 [f1]Wat waren je kosten? Duidt aan waarnaar je uitgaven gingen. Zo mogelijk, specificeer je antwoord in het kader hiernaast. *

Selecteer alle toepasselijke antwoorden en geef uw commentaar:

- Huur locatie
- Honorering spreker(s)
- Hand-outs afdrukken
- Ander didactisch materiaal
- Uitnodigingen versturen naar patiënten
- Telefoonkosten
- Catering
- Andere

55 [f1.1]Specificeer zo mogelijk voor elk item de kost (in euro).

Beantwoord deze vraag alleen voor de door u geselecteerde items in bovenstaande vraag

	kostprijs (in euro)
huur locatie	
honorering spreker(s)	
drukken hand-outs	
ander didactisch materiaal	
uitnodigingen versturen naar patiënten	
telefoonkosten	
catering	
andere	

56 [f2]Wat was je tijdsinvestering?

Vul uw antwoord(en) hier in

	Tijdsinvestering
voorbereiding van de groepsessie	
uitvoering van de groepsessie	
andere	

57 [f2.1]Specificeer andere:

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° antwoord voldoet aan (reguliere expressie) op vraag '56 [f2]' (Wat was je tijdsinvestering? (andere))

Vul uw antwoord hier in:

58 [f3]Kreeg u financiële tegemoetkoming voor de organisatie van uw groepsessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

59 [f3.1]Van wie kreeg u financiële tegemoetkoming?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° is 'Ja' op vraag '58 [f3]' (Kreeg u financiële tegemoetkoming voor de organisatie van uw groepsessie?)

Vul uw antwoord hier in:

60 [f4]

Opmerkingen mbt bovenstaande vragen kan u formuleren in het kader hieronder.

Zo u groepsessies over verschillende thema's georganiseerd hebt, kan u in dit kader ook antwoorden formuleren over andere thema's die verschillen van bovenstaande antwoorden.

Vul uw antwoord hier in:

E EVALUATIE VAN DE GROEPSSESSIE

61 [g1]Heeft u een evaluatie gehouden na de groepsessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

62 [g1.1]Bij wie en hoe heeft u deze evaluatie afgenomen?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '61 [g1]' (Heeft u een evaluatie gehouden na de groepsessie?)

Vul uw antwoord hier in:

63 [g1.2]Wat was de conclusie van uw evaluatie?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '61 [g1]' (Heeft u een evaluatie gehouden na de groepsessie?)

Vul uw antwoord hier in:

64 [g2]Hoe waren de reacties van de PATIËNTEN over de groepsessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Enkel positieve reacties
 Overwegend positieve reacties
 Evenveel positieve als negatieve reacties
 Overwegend negatieve reacties
 Enkel negatieve reacties
 Geen reacties van patiënten gekregen over de groepsessie

65 [g2.1]Graag enkele voorbeelden van reacties van patiënten.

Vul uw antwoord hier in:

66 [g3]Hoe waren de reacties van COLLEGA's over de groepsessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Enkel positieve reacties
 Overwegend positieve reacties
 Evenveel positieve als negatieve reacties
 Overwegend negatieve reacties
 Enkel negatieve reacties
 Geen reacties van collega's gekregen over de groepsessie

67 [g3.1]Graag enkele voorbeelden van reacties van collega's.

Vul uw antwoord hier in:

68 [g4]Wat was uw eigen gevoel over de groepsessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Zeer positief
- Eerder positief
- Neutraal
- Eerder negatief
- Zeer negatief

69 [g4.1]Verklaar uw gevoel over de groepssessie.

Vul uw antwoord hier in:

70 [g5]Merkte u verbetering van de kwaliteit van de zorg door het geven van deze groepssessie?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

71 [g5.1]Welk effect mbt verbetering van de kwaliteit van de zorg heeft u waargenomen?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '70 [g5]' (Merkte u verbetering van de kwaliteit van de zorg door het geven van deze groepssessie?)

Vul uw antwoord hier in:

72 [g5.1.1]Is het effect op de kwaliteit van de zorg objectiveerbaar?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Ja' op vraag '70 [g5]' (Merkte u verbetering van de kwaliteit van de zorg door het geven van deze groepssessie?)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

73 [g5.2]U hebt geen verbetering van de kwaliteit van zorg waargenomen. Hebt u een verklaring hiervoor? Zo ja, welke?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is 'Nee' op vraag '70 [g5]' (Merkte u verbetering van de kwaliteit van de zorg door het geven van deze groepssessie?)

Vul uw antwoord hier in:

74 [g6]Hoe frequent heeft u een groepssessie over dit thema georganiseerd? *

Vul uw antwoord hier in:

75 [g6.1]Zou u deze groepssessie nog opnieuw organiseren? Verklaar uw antwoord.

Vul uw antwoord hier in:

76 [g7]

Opmerkingen mbt bovenstaande vragen kan u formuleren in het kader hieronder.

Zo u groepssessies over verschillende thema's georganiseerd hebt, kan u in dit kader ook antwoorden formuleren over andere thema's die verschillen van bovenstaande antwoorden.

Vul uw antwoord hier in:

H SLOT

77 [h1]Zijn er hulpmiddelen die je nu mist en die je de stap zouden doen zetten om meer groepseducatie te doen? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
 Nee

78 [h1.2]Welke hulpmiddelen zouden je kunnen helpen in de organisatie van groepseducatie.

Selecteer alle toepasselijke antwoorden en geef uw commentaar:

- Financiële hulp
 Locatie ter beschikking
 Handleiding/richtlijn voor de organisatie van groepsessies
 Didactisch materiaal
 Spreker
 Opleiding over de organisatie van groepsessies

Anders:

79 [h1.3]Van waar moet volgens u deze financiële hulp komen?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

° Is SQ001 'Financiële hulp' op vraag '78 [h1.2]' (Welke hulpmiddelen zouden je kunnen helpen in de organisatie van groepseducatie.)

Vul uw antwoord hier in:

80 [h2]

Graag een kort advies voor toekomstige organisatoren van groepsessies.

Welke tips kent u nog voor de organisatie van een groepsessie? Wat is zeker een aanrader?*

Vul uw antwoord hier in:

81 [h2.3]

Graag een kort advies voor toekomstige organisatoren van groepsessies.

Voor welke valkuilen moet men opletten?*

Vul uw antwoord hier in:

82 [h3]Heeft u nog algemene bemerkingen mbt deze enquête? U kunt deze hier plaatsen.

Vul uw antwoord hier in:

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête!

Deze enquête wordt anoniem verwerkt. Wilt u graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van de enquête, stuur dan een e-mail naar jolin.lippens@gmail.com.

Kent u nog andere zorgverstrekkers die een groepsessie georganiseerd hebben of die weet hebben van de organisatie van een groepsessie, graag een e-mail met hun contactgegevens naar jolin.lippens@gmail.com.

BIJLAGE 2 – INTERACTIEVE VERWIJSCAART VOOR GROEPSSESSIES IN VLAANDEREN

Dit Microsoft Excel document kan opgevraagd worden via e-mail (stuur een e-mail naar jolinlippens@hotmail.com). Het document bevat een niet-exhaustieve lijst van groepssessies die vast georganiseerd worden door organisaties. Privé-initiatieven werden niet opgenomen in de lijst. Om te zoeken binnen de lijst kan geselecteerd worden op thema en provincie. De thema's die opgenomen werden in lijst zijn: ADHD/ADD, chronische ziekten, dementie, diabetes, diverse thema's, EHBO, geriatrie, kanker, kraamzorg, nierinsufficiëntie, niet-ziektegebonden thema's, ongevallenpreventie, orthopedie, psychiatrie, rouw en valpreventie.